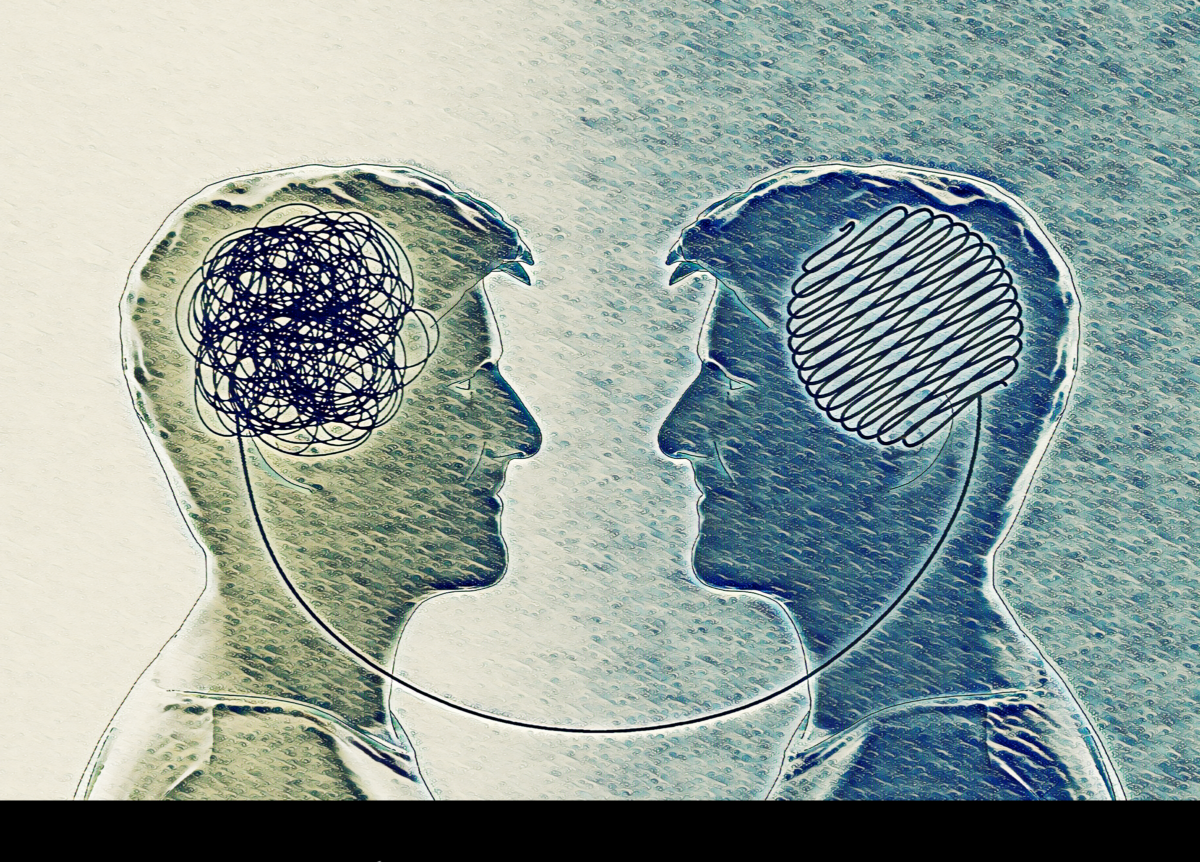


مقدمة قصيرة جدًّا

فريدا مكمانوس

العلاج السلوكي المعرفي

ترجمة سارة طه علام

العلاج السلوكي المعرفي

مقدمة قصيرة جدًّا

تأليف
فريدا مكمانوس

ترجمة
سارة طه علام

مراجعة
مصطفى محمد فؤاد



العلاج السلوكي المعرفي

Cognitive Behavioural Therapy

فريدا مكمانوس

Freda McManus

الناشر مؤسسة هنداوي
المشهرة برقم ١٠٥٨٥٩٧٠ بتاريخ ٢٦ / ١ / ٢٠١٧

يورك هاوس، شييت ستريت، وندسور، SL4 1DD، المملكة المتحدة
تليفون: ‎+ ٤٤ (٠) ١٧٥٣ ٨٣٢٥٢٢
البريد الإلكتروني: hindawi@hindawi.org
الموقع الإلكتروني: https://www.hindawi.org

تصميم الغلاف: ولاء الشاهد

الترقيم الدولي: ٩٧٨ ١ ٥٢٧٣ ٣٢٢٥ ٦

صدر الكتاب الأصلي باللغة الإنجليزية عام ٢٠٢٢.
صدرت هذه الترجمة عن مؤسسة هنداوي عام ٢٠٢٣.

المحتويات

مقدمة ٩
١- الأصول السلوكية للعلاج السلوكي المعرفي ١١
٢- الجانب «المعرفي» في العلاج السلوكي المعرفي ٢٥
٣- النظرية وراء العلاج السلوكي المعرفي ٣١
٤- سِمات العلاج السلوكي المعرفي وهيكله ٤٩
٥- أساليب العلاج السلوكي المعرفي ٦٣
٦- تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي ٨٥
٧- الاتجاهات والتحديات المستقبلية ١٠٩
قراءات إضافية ١٢٥
المراجع ١٣١
قائمة الصور ١٣٩
قائمة الجداول ١٤١

تخليدًا لذكرى

فنسنت جيمس مكمانوس (١٩٤٧–٢٠١٩)؛ تقديرًا لحبِّه للتعلُّم والتعليم.

مقدمة

يهدف هذا الكتاب إلى عرض مقدِّمةٍ عن العلاج السلوكي المعرفي أو الإدراكي، وهو الاسم المستخدَم للإشارةِ إلى مجموعةٍ متنوِّعةٍ من العلاجات، التي تشترك في نموذجٍ قائمٍ على الإدراك (التفكير) والسلوك باعتبارهما عنصرَين أساسيين في فَهْم الاضطرابات النفسية وحلِّها. يهدف هذا الكتاب إلى تقديم معلوماتٍ حول العلاج السلوكي المعرفي، وليس إلى تعليم القرَّاء كيفيةَ ممارسته، أو إلى أن يكون دليلًا للمساعدة الذاتية في هذا الشأن؛ راجع قِسم «قراءات إضافية» للاطلاع على الكتب المَعنية بذلك. بدلًا من ذلك، يقدِّم هذا الكتاب نظرةً عامة موجَزة عن ماهية العلاج السلوكي المعرفي، وكيف طُوِّر، وأوجه استخدامه، والأشخاص المستهدَفين، والتحدياتِ المستقبلية المحتمَلة وجوانب تطويره.

الفصل الأول

الأصول السلوكية للعلاج السلوكي المعرفي

أدركَ الإنسانُ دَور السلوك في تحديد الاستجابات الانفعالية منذ وقتٍ طويل. فقد قال أرسطو في كتابه «الأخلاق النيقوماخية» إن «التصرُّف بشجاعةٍ هو ما يجعل منا شجعانًا»، بينما أشار يوهان فولفجانج فون جوته (١٧٤٩–١٨٣٢) إلى أنه «في علاج الاعتلالات النفسية ... الفهمُ لا يفيد بشيءٍ، والمنطقُ يفيد قليلًا، أما الوقتُ فيفيد كثيرًا، ولكن العمل العازم الحثيث هو كلُّ شيء».

هذه هي الفكرة الأساسية وراء العلاجات السلوكية المعرفية؛ وهي أن إدراكنا (أي: أفكارنا أو الأحداث العقلية الأخرى) وسلوكياتنا يؤثران على الطريقةِ التي نشعر بها، والعكس صحيح. كما أن الأفكار والمشاعر تلعب دورَ الوسيط بين ما يحدُث لنا واستجابتنا له. على سبيل المثال، تعرَّض كلٌّ من جاك وجيل للخَدش من قطةٍ عندما كانا طفلَيْن. تطوَّر خوف جاك إلى رُهابٍ من القطط، بينما لم يحدُث ذلك لدى جيل. يوجد العديد من المتغيِّرات التي كانت السبب في استجابتهما بشكلٍ مختلف، بما في ذلك العوامل البيولوجية مثل القابلية الوراثية للإصابة بالقلق، والعوامل البيئية والاجتماعية الثقافية مثل التعرُّض للقطط الأخرى، والدَّور الذي تلعبه القطط في ثقافتهما. ومع ذلك، قد يكون لدينا الفرصةُ لتحسين الرُّهاب الذي يعاني منه جاك، من خلالِ التحليل الدقيق لأفكاره حول القطط وسلوكه تجاهها.

في السنوات الأخيرة، أصبحَ العلاج السلوكي المعرفي هو النموذجَ السائد للعلاج النفسي، في كلٍّ من المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية، وأصبحَ استخدامه أكثرَ انتشارًا. والدليل على فعاليته كافٍ ليكون تدخلًا موصًى به في معظمِ مشكلاتِ الصحة العقلية الشائعة، المدْرَجةِ في الإرشادات الخاصة بالمعهد الوطني للتميُّز السريري التابعِ لحكومة المملكة المتحدة (https://www.nice.org.uk). ومع ذلك، فإن جزءًا من أسباب نجاح

العلاج السلوكي المعرفي هو قدرته على التطوُّر، وهذا التطوُّر مستمر. ولذلك، يختلِف العلاج السلوكي المعرفي اليوم عمَّا كان عليه قبل عَقد أو عَقدين مَضيا، ومن المرجَّح أن يختلف أيضًا بعد عَقد أو عَقدَيْن آخرَيْن. ونظرًا لاتساعِ نطاق العلاج السلوكي المعرفي وتطوُّره المستمر، سيركِّز هذا الكتاب أولًا على العلاج السلوكي المعرفي التقليدي الذي طوَّره ألبرت إليس وإيرون بيك، في الخمسينيات والستينيات والسبعينيات من القرن الماضي. وستنظر الفصول اللاحقة في الكيفية التي تطوَّر بها العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، وكيف طُوِّعَ للاستخدام في أُطُرٍ وسياقات مختلفة، وما هي التحديات التي قد يواجهها في السنوات القادمة.

من الناحية التاريخية، نشأ العلاج السلوكي المعرفي من نظرياتٍ حول كيفية تَعَلُّمنا، لا سيما حول كيفيةِ تَعَلُّم السلوكيات، وكذا من عملِ العديد من علماء النفس الذين درسوا العملياتِ المعرفيةَ التي تكمُن وراء كيفية إدراكنا للعالم، وكيف نفكِّر ونتذكَّر. قبل خمسينيات القرن الماضي، كان العلاج النفسي الديناميكي لسيجموند فرويد هو النموذجَ السائد للعلاج النفسي. ولكن التحليل النفسي الفرويدي ركَّز على العمليات غيرِ القابلة للرصد التي تحدُث داخل العقل، مما يعني أنه كان غيرَ قابلٍ للقياس؛ ومن ثَم غير قابل للاختبار إلى حدٍّ كبير، أي إنه لم تكن هناك طريقةٌ لتقييم الأدلة على أساسه النظري أو فعاليته. ومن ثَم، كانت فائدته موضعَ تساؤل لدى علم النفس العلمي، الذي اعترَض على غيابِ العمليات والنتائج التي يمكن ملاحظتها وقياسها. ونتيجةً لذلك، نشأ العلاج السلوكي من علم النفس العلمي. تبنَّى النهج السلوكي وجهةَ نظرٍ مُفادها أنه نظرًا لأن ما يحدُث في ذهن الشخص غيرُ قابل للملاحظة؛ ومن ثَم غير قابل للدراسة العلمية، يمكن تجاهل جميع العمليات اللاواعية (غير القابلة للرصد)، وركَّز عوضًا عن ذلك على دراسة السلوك الذي يمكن ملاحظته، وعلى تطويرِ النظريات لتفسير كيف تعلَّم الشخص هذا السلوك (نظرية التعلُّم).

درس مُنظِّرو السلوك والتعلُّم الارتباطاتِ بين الأحداثِ التي يمكن ملاحظتها، ولا سيما «المثيرات» (وهي جانبٌ من جوانب البيئة)، و«الاستجاباتِ» (أي: ردود الفعل، التي يمكن ملاحظتها أو قياسها، الصادرة من الشخص أو الحيوان الخاضع للدراسة) لفَهْم كيف يتعلَّم الناس تكوينَ ارتباطاتٍ جديدة بين المثيرات والاستجابات؛ على سبيل المثال، كيف تتطوَّر مخاوفُ لدى الناس من أشياءَ غير ضارة. كان الهدف هو استخدام النظريات الخاصة بكيفية تَعَلُّم الناس، بغرضِ تعديل الاستجابات الانفعالية أو السلوكية غير المرغوب

فيها، مثل الخوف. فبدلًا من النظر إلى أنواع الرُّهاب باعتبارها وسيلةَ دفاع ضد القلق من الرغبات المُلحَّة المكبوتة، كما كان يرى فرويد، رأى منظِّرو السلوك والتعلُّم أنها ارتباطاتٌ مكتسَبة. ولذا، كان يُنظَر إلى أنواع الرُّهاب على أنها استجاباتٌ اكتُسِبَت، إما من خلال التجربة المباشرة أو عَبْر شكلٍ من أشكال الملاحظة أو التوجيه. وإذا كان الرُّهاب استجابةً مكتسَبة نتعلَّمها، فمن المنطقي أنَّ ما يمكن اكتسابه يمكن تركه أيضًا.

استخدمَ المنظِّرون السلوكيُّون الحيواناتِ لدراسة عملية التعلُّم علميًّا، وحدَّدوا ثلاثة أنواعٍ رئيسية من التعلُّم. الأول هو «الارتباط الشرطي الكلاسيكي»، وهو التعلُّم الذي يعتمد على الارتباط بين الأحداث، مثل الشعور بالجوع عند سماع جرس العشاء؛ لأنك أصبحت تَربِط بينه وبين مواعيد الوجبات. والثاني هو «الارتباط الشرطي الاستثابي»، وهو التعلُّم الذي يعتمد على نتائج السلوك؛ ومن ثَم تؤدي النتائج الإيجابية إلى تَكرار السلوك، بينما تؤدي العواقبُ السلبية إلى التقليل من تَكرار السلوك. ومن الأمثلة على ذلك تعلُّم عدم لمس الأشياء الساخنة لأنها تؤلم، والعمل سعيًا إلى كسبِ المال. الشكل الثالث والأخير للتعلُّم، هو «التعلُّم القائم على الملاحظة»؛ أي التعلُّم من خلال مشاهدة الآخرين، مثل تعلُّم استخدام لعبة كمبيوتر من خلال مشاهدة شخصٍ آخرَ يلعبها.

الارتباط الشرطي الكلاسيكي

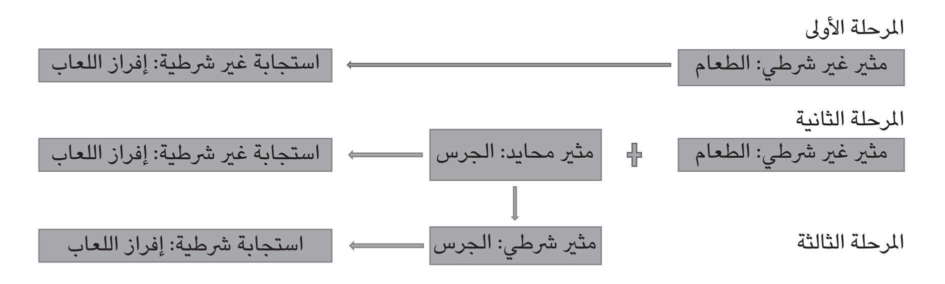
الارتباط الشرطي الكلاسيكي هو التعلُّم الذي يحدث عندما يُقْرَن مثيران بشكلٍ متكرر؛ أي إنهما يحدُثان في الوقت نفسه. الاستجابة التي يولِّدها المثير الثاني في البداية، يولِّدها المثير الأول وحدَه فيما بعد. يتضمن الارتباط الشرطي الكلاسيكي ثلاث مراحل، وفي كل مرحلةٍ تُعْطى المثيرات والاستجابات المَعنية أسماءً علمية محدَّدة.

المرحلة الأولى: ما قبل عملية الارتباط الشرطي. تركِّز هذه المرحلة على العلاقة الطبيعية بين المثير والاستجابة. المثيرات والاستجابات هنا غير شرطية؛ لأنها ليست ارتباطاتٍ جرى تعلُّمها (شرطية)، ولكنها استجابات طبيعية. ومن ثَم، فالمثير في البيئة ينتِج استجابة، وهي التي تكون ردَّ فعل طبيعي لهذا المثير. على سبيل المثال، يَنتج عن المثير غير الشرطي، المتمثِّل في الشوكولاتة، استجابةٌ غير شرطيةٍ متمثلة في المتعة. أو يَنتج عن مثيرٍ غير شرطي كعَضة كلب استجابةٌ غير شرطيةٍ متمثلة في الألم. يُطلق على المثير الثاني

المتضمَّن في هذه المرحلة المثير المحايد، ويمكن أن يكون أي مثير (مثل لون أو صوت أو شيء) لا تنتج عنه في هذه المرحلة أيُّ استجابة.

المرحلة الثانية: أثناء عملية الارتباط الشرطي. تتم عملية الارتباط الشرطي عندما يرتبط المثير المحايد بالمثير غير الشرطي، وعند هذه النقطة يُعرف باسم المثير الشرطي. لإجراء هذا الارتباط، لا بد أن يرتبط المثير غير الشرطي بالمثير المحايد/الشرطي عدةَ مرات. إذا ربطتَ باستمرار بين مثير غير شرطي، مثل عضة كلب، ومثير محايد (الكلب)، فسيصبح المثير المحايد (الكلب) في النهاية مرتبطًا بالألم كاستجابة غير شرطية، حتى في حال غياب المثير غير الشرطي (العَضة). عادةً ما تأخذ مثل هذه الارتباطات العديدَ من صور الاقتران، بين المثيرات المحايدة وغير الشرطية، ولكن يمكن تعلُّمها من خلال اقترانٍ واحدٍ فقط من المثيرات، إذا كانت الاستجابة جديدة، أو ممتعة أو منفِّرة بشكلٍ خاص. على سبيل المثال، إذا أُصِبْتَ بتعبٍ شديدٍ بعد تناول طعامٍ معيَّن (والذي كان في السابق مثيرًا محايدًا)، خصوصًا إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تتناول فيها هذا الطعام (أي إنه جديد)، فمن المحتمَل جدًّا أن تشعر بالإعياء إذا فكَّرت في هذا الطعام، بغض النظر عما إذا كان هو سبب المرض الأصلي أو لا.

المرحلة الثالثة: ما بعد عملية الارتباط الشرطي. الآن جرى الربط بين المثير الشرطي (المحايد سابقًا) والمثير غير الشرطي، لإحداث استجابةٍ شرطيةٍ جديدة. أثبتَ عالِمُ الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف عمليةَ الارتباط الشرطي الكلاسيكي الشهيرة، عندما جعل الكلاب تفرِز لُعابها عند سماع صوت الجرس، وهذا بإقران صوت الجرس مرارًا وتكرارًا بعملية إطعامها. كان الارتباط الطبيعي هو أن يسيل لعاب الكلاب عند رؤية طعامها، ولكن بعد إقران مشهد طعامهم بصوت الجرس بشكل متكرر، بدأ لعاب الكلاب يسيل بسماع صوت الجرس فحسب، مما يدُل على أنها تعلَّمت ارتباطًا جديدًا بين ما كان سابقًا مثيرًا محايدًا (الجرس) واستجابة غير شرطية (إفراز اللعاب) (انظر الشكل ١-١). مثالٌ يومي على ذلك هو عندما تأتي قطتي ركضًا، عندما تسمعني أفتحُ بابَ الخزانة التي أحتفظ بطعامها فيها. تُبين حقيقةُ أنها لا تأتي عندما أفتح أبوابَ خزاناتٍ أخرى أنها تظهر «تمييزًا للمثير»؛ أي إنها تعلَّمت الاستجابةَ بشكلٍ مختلفٍ للمثيرات المختلفة المتشابهة. تشكِّل نفسُ المبادئ الأساسَ الذي تقوم عليه الوسائل المساعدة في تدريب الحيوانات الأليفة، مثل الأطواق المضادة للنُّباح أو الأسوار المكهربة، حيث يربط الحيوانُ تلك المنطقةَ من الحديقة بالألم؛ ومن ثَم يتعلَّم تجنُّبها.



شكل ١-١: رسم توضيحي يبيِّن عملية الارتباط الشرطي الكلاسيكي.

بمجردِ ما أُثْبِتَ هذا الارتباط الشرطي الكلاسيكي، أو التعلُّم عن طريق الارتباط، في الحيوانات، كان التحدي التالي هو معرفةَ ما إذا كان ينطبق أيضًا على البشر. كان الإثبات السيئ السمعة، الذي أصبح الآن موضعَ تساؤلٍ أخلاقي، على انطباقه على البشر؛ هو وصف جون واطسون وروزالي راينر الذي يعود إلى عام ١٩٢٠، لتعلُّم صبي، يُعرف باسم «ألبرت الصغير» يبلغ من العمر ما بين ٩ إلى ١٢ شهرًا، الخوفَ من الفئران البيضاء عن طريق الارتباط الشرطي.

دفعت الملاحظات اليومية للأطفال عالمَي النفسِ الأمريكيَّين جون برودوس واطسون وروزالي راينر، إلى افتراض أن استجابات الأطفال التي يُظهِرون فيها خوفًا من الضوضاء الصاخبة، كانت استجاباتٍ فطرية غير شرطية؛ أي إن معظم الأطفال الصغار يَستجيبون بالفطرة تجاه الضوضاء الصاخبة بالخوف. أرادَ واطسون وراينر معرفةَ إنْ كانت استجابة الخوف غير الشرطية هذه يمكن أن تكون شرطيةً بما كان مثيرًا محايدًا فيما سبق أم لا. أولًا، لترسيخ خط أساسٍ يبدءون منه اختبروا استجاباتِ ألبرت للعديد من المثيرات، بما في ذلك فأرٌ أبيض، وأرنب، وقرد. لم يُظهر ألبرت خوفًا مرتبطًا بأيٍّ من هذه المثيرات، ولكنه أصدرَ استجابة بالبكاء تجاه الأصوات المرتفعة. أثناء التجربة، وُضِع فأر أبيض بالقرب من ألبرت الذي شُجِّع على اللَّعب معه. في كل مرةٍ لمس فيها ألبرت الفأر، أحدث القائمان على التجربة ضوضاءَ صاخبة. استجابَ ألبرت للضوضاء بالبكاء وإظهار الخوف. وبعد تكرار الاقتران بين المثيرَيْن (الفئران والضوضاء) عدةَ مرات، بدأ ألبرت في إظهار الخوف والبكاء استجابةً لرؤية الفأر، حتى دون وجود الضوضاء العالية المصاحبة. أصبحَ الفأرُ، الذي كان في الأصل مثيرًا محايدًا، مثيرًا شرطيًّا، وكان يثير استجابةً شرطية مشابهة للضيق (الاستجابة غير الشرطية) الذي ظهر في الأصل استجابةً للضوضاء الصاخبة

(المثير غير الشرطي). أظهرَ ألبرت أيضًا بعضَ الخوف من الحيوانات الأخرى البيضاء ذات الفراء، ما يعني أنه أظهر «تعميمًا للمثير»، وهو عكسُ تمييز المثير الذي أظهرته قطتِي، ويحدُث عندما يُظهر الكائنُ الحي الاستجابةَ الشرطية للمثيرات الأخرى التي تشبه المثير الشرطي. أظهر كلٌّ من واطسون وراينر أنه يمكن استخدامُ الارتباط الشرطي الكلاسيكي، لتوليد خوفٍ مرتبطٍ بشيءٍ لم يكن مخيفًا في السابق. في الواقع، لقد خلقوا رُهابًا؛ أي خوفًا غيرَ عقلاني مُبالغًا فيه لا يتناسب مع الخطر الذي يمثِّله الشيء. وخلال الأسابيع القليلة المقبلة، خضعَ ألبرت للملاحظة، وبعد عشرة أيامٍ من إتمام عملية الارتباط الشرطي قلَّ خوفه من الفأر كثيرًا. يُعْرَف تلاشي الاستجابة المكتسَبة هذا باسم «الانطفاء». ولكن توجد أيضًا ظاهرة «الاسترجاع التلقائي»؛ أي عودة ظهور استجابة شرطية متلاشية، عندما يعاود المثير الشرطي الظهور بعد فترةٍ من الغياب. ولذا، لا يوجد ضمانٌ أنَّ خوف ألبرت من الفئران أو الأشياء المماثلة ما كان ليعود في وقتٍ ما في المستقبل.

بينما أظهر كلٌّ من واطسون وراينر أنهما يمكنهما استخدامُ مبادئ الارتباط الشرطي الكلاسيكي، لتحفيز خوفٍ لم يكن ليحدث لولاها، لا يوجد ما يثبت أنهما حاولا عكسَ هذا الخوف. ألهمَ عملُ واطسون وراينر عالِمةَ النفس الأمريكية ماري كافر جونز، فكانت أول مَن حاول استخدامَ الأساليب نفسها، لتقليل الخوف في عشرينيات القرن الماضي. كان بيتر صبيًّا يبلغ من العمر ثلاث سنوات يُعاني رُهابًا طبيعيًّا من الأرانب، كان معممًا لمثيراتٍ مماثلة. استخدمت جونز مبادئَ الارتباط الشرطي الكلاسيكي لتقليل خوفه، من خلالِ عكسِ ما فعله واطسون وراينر مع ألبرت تقريبًا. قدَّمت الأرانبَ تدريجيًّا لبيتر وأقرنت تلك التجربة بمثيرٍ سارٍّ (الحلوى). في البداية، أُبْقيَ الأرنب على مسافةٍ من بيتر ثم قُرِّب تدريجيًّا، وأُعطي بيتر الحلوى في الوقت نفسِه. وكانت النتيجة أن خوفه تضاءل تجاه كلٍّ من الأرانب والمثيرات المماثلة. ومع ذلك، لا نعرف ماذا كانت النتيجة على المدى الطويل.

تطوُّر العلاج السلوكي

في ستينيات القرن الماضي، بدأ المعالجون في استخدام هذه الأساليب لمساعدة المرضى في التغلُّب على مخاوفهم. كانت مهمة العلاج هي مساعدةَ المريض في إنشاء استجابةٍ جديدة، لا يخشى معها المثير الذي كان يخشاه سابقًا. يمكن القيام بذلك بعدَّة طرق. كانت الطريقة الأكثر شيوعًا هي «إزالة التحسُّس المنهجية» أو «العلاج بالتعرُّض التدريجي»،

وهو شكلٌ من أشكال «الارتباط الشرطي المضاد» الذي طوَّره الطبيبُ النفسي الجنوب أفريقي جوزيف وولب، في خمسينيات القرن الماضي. تَستخدم هذه الطريقة «التثبيط المتبادل»؛ حيث تُثَبَّط استجابةٌ ما لأنها تتعارض مع استجابةٍ أخرى. في حالة الرُّهاب، الخوف ينطوي على القلق، والقلق يتعارض مع الاسترخاء. ولذا، تُستخدم مهارات الاسترخاء لتثبيطِ استجابة القلق. تَستخدم إزالة التحسُّس المنهجية الازديادَ التدريجي للتعرُّض الذي استخدمته جونز مع بيتر. هذا يعني جَعْل المريض يضع تسلسلًا هرميًّا للمواقف التي يخشى منها، بدءًا من المواقف التي من شأنها أن تزعجه قليلًا، وتعريضه لها تدريجيًّا حتى الوصول إلى المثير الرُّهابي، أو أكثر المواقف التي يخشى منها. في البداية، يُعرَّض المريضُ للمثير الباعث على القلق عند مستوًى منخفض، ويُحافَظ على هذا المستوى من التعرُّض حتى يقلَّ الخوف؛ نتيجةً لكلٍّ من التثبيط المتبادل و«الاعتياد»، وهو التراجع الطبيعي للاستجابة للمثير الذي يُقدَّم للشخص بشكلٍ متكررٍ من دون تغيير (على سبيل المثال، كيف نتوقَّف في النهاية عن ملاحظة أزيز ثلاجةٍ جديدةٍ أو دقَّات ساعةٍ جديدةٍ ونعتاد الأمر)، بحيث يتبدَّد القلق بمرور الوقت. بمجرد أن يُقلَّل القلقُ بشكل كبير، يمكن تعريض المريض إلى نسخةٍ أكثرَ قوة من المثير. تستمرُّ هذه العملية إلى أن يختفي شعور المريض بالقلق. يمكن أيضًا دمجُ هذا التعرُّض المتدرِّج مع الاسترخاء، لتسريع عملية الاعتياد باستخدام التثبيط المتبادَل أيضًا.

مثال على تسلسل هرمي لرُهاب العنكبوت

الموقف	تقييم القلق
عنكبوت كبير يزحف على رقبتي	١٠٠
عنكبوت كبير على ذراعي	٩٥
عنكبوت كبير على ساق بنطالي	٩٠
عنكبوت متوسط على وجهي	٩٠
الإمساك بوعاء زجاجي مفتوح به عنكبوت كبير	٧٠
عنكبوت كبير طليق في الجانب الآخر من الغرفة	٦٥
الإمساك بوعاء زجاجي مغلق به عنكبوت كبير	٦٠
الإمساك بوعاء زجاجي مفتوح به عنكبوت متوسط الحجم	٥٠

الموقف	تقييم القلق
عنكبوت صغير على رقبتي	٤٠
عنكبوت صغير على يدي	٣٥
مشاهدة فيديو لعناكب كبيرة	٣٥
مشاهدة صور عناكب كبيرة	٢٥
التفكير في العناكب أو الحديث عنها	٢٠

في حين أن إزالة التحسُّس المنهجية شكلَّت تقدمًا كبيرًا في علاج الرُّهاب، فإنها لا تخلو من التحديات. قد يعاني المرضى في سبيل تنفيذ استراتيجيات الاسترخاء أو الاستفادة منها، أو في سبيل الوصول إلى تنبؤاتٍ دقيقةٍ حول مستوى القلق الذي سيشعرون به في موقفٍ معيَّن. علاوةً على ذلك، ليسَت كل أنواع الرُّهاب قابلةً لتطبيق التعرُّض المتدرِّج بطريقةٍ يمكن التحكُّم فيها، كرُهاب العواصف الرعدية أو الحيوانات التي قد تتصرَّف بشكلٍ غير متوقَّع. وبعض أنواع الرُّهاب، مثل رهاب الطيران، يصعب تقسيمها إلى خطواتٍ متساوية الحجم. في مثل هذه الحالات، يمكن استخدام التعرُّض التخيُّلي أو الافتراضي بدلًا من ذلك. لقد ثبَت أن استخدام الواقع الافتراضي فعَّالٌ في علاج الخوف من الطيران. طوَّر عالِمُ النفس السريري لارس-يوران أوست جلسةَ علاجٍ واحدة للرهاب، حيث يحاول كلٌّ من المريض والمعالِج العملَ على التسلسل الهرمي للمريض في جلسةٍ واحدةٍ (عادةً نصف يوم). ولهذا الأمر مزاياه العملية (على سبيل المثال، عدم الاضطرار إلى الاحتفاظ بالعناكب لعدة أسابيع)، ووجدَ أوست أن «٩٠ في المائة من المرضى قد تحسَّنوا كثيرًا أو تعافوا تمامًا بعد متوسط ١٫٢ ساعة من العلاج». في بعض الحالات، تعاونَ علماءُ النفس مع شركات الطيران التجارية؛ لتقديم دوراتٍ تدريبيةٍ قائمة على التعرُّض لعلاج الخوف من الطيران.

استُخدِمَت مبادئ الارتباط الشرطي الكلاسيكي عَبْر مواقف مختلفة، بدايةً من الإعلانات عن السيارات والمشروبات الكحولية، إلى حماية الأنواع المهدَّدة بالانقراض أو الماشية. لمنع الأسود من افتراس الماشية، تُعْطى لحوم بقر مضافًا إليها موادُّ كيميائية تسبِّب الغثيان. سيؤدي هذا إلى توليد نفور من لحم الأبقار لدى الأسود؛ لأنها سترتبطه باستجابةٍ بغيضة (الغثيان). وبالمثل، غالبًا ما يتضمَّن الإعلان عن السيارات

أو المشروبات الكحولية عارضاتِ أزياء جميلات. أظهرت الأبحاث أن الرجال الذين شاهدوا إعلانًا عن سيارة يتضمَّن امرأةً جميلة؛ قيَّموا السيارة لاحقًا على أنها أسرع وأكثر جاذبية، وأفضل تصميمًا من الرجال الذين شاهدوا الإعلان عن نفس السيارة من دون المرأة الجميلة. وبالمثل، تسارع وكالات الدعاية والإعلان إلى إلغاء العقود مع المشاهير الذين تعرَّضوا لتشويه السمعة؛ وهذا لأنهم لم يعودوا مرتبطين بدلالاتٍ أو مشاعر إيجابية.

الارتباط الشرطي الاستثابي

رأى بعضُ علماء النفس، مثل بورس فريدريك سكينر، أن الارتباط الشرطي الكلاسيكي مفرطٌ في التبسيط، بحيث لا يمكن أن يكون تفسيرًا كاملًا لكل عمليات التعلُّم. كانت النتيجة تطويرَ نظرية «الارتباط الشرطي الاستثابي»، والمعروفة أيضًا باسم «الارتباط الشرطي الإجرائي» أو «التعلُّم الإجرائي». استندت نظريةُ التعلُّم هذه إلى «قانون الأثر» الذي وضعه إدوارد ثورندايك في عام ١٩٢٧، والذي اقترحه بعد ملاحظاتٍ للقطط التي تحاول الهروبَ من صندوق متاهة. كي تتمكَّن من الهروب، كان على القطة أن تضغط على مقبض. اكتُشِف أنه مع المحاولات المتكررة، ستتمكَّن القطة من الهروب بسرعة أكبر، حيث تكون وتيرة المحاولات غير الفعَّالة أقلَّ تكرارًا، وتكون وتيرة المحاولات الفعَّالة أكثرَ تكرارًا. في النهاية ستذهب القطة مباشرةً إلى المقبض. وهكذا تكون القطة قد تعلَّمت كيفية الخروج من المتاهة. وهذا مثالٌ على الارتباط الشرطي الاستثابي، وهو نمطٌ من التعلُّم تتأثَّر فيه قوة السلوك أو تكراره بنتائجه، مثل المكافأة أو العِقاب، ويتم التحكم في السلوك من خلال سوابقَ تسمَّى «المثيرات التمييزية»، التي تعمل كإشارةٍ إلى تلك النتائج. ينص قانونُ الأثر الذي وضعه ثورندايك على أن الاستجابات التي تنتج تأثيرًا مُرضيًا (أو التي تتجنَّب مصدرًا للإزعاج) في موقف معيَّن؛ يصبح احتمال حدوثها مرةً أخرى في تلك الحالة أكبر، والاستجابات التي لها تأثير مزعج يصبح احتمال حدوثها مرةً أخرى في تلك الحالة أقل. باختصار، بعض النتائج يقوِّي السلوك، وبعضها الآخر يضعِفه. حدَّد سكينر نوعَيْن من العناصر الاستثابية يؤثِّران على السلوك:

الاستجابات التعزيزية أو المعزِّزات: هي استجاباتٌ من البيئة تزيد من احتمالية تكرار السلوك.

الاستجابات العقابية: هي استجاباتٌ من البيئة تقلِّل من احتمالية تكرار السلوك.

استخدمَ سكينر غرفة ارتباط شرطي استثابي، تُعرف باسم «صندوق سكينر»، لإظهار كيف يعمل العقاب والتعزيز الإيجابي والسلبي. إنَّ صندوق سكينر هو صندوق متاهة يمكن فيه تعريضُ حيواناتٍ، مثل الحَمَام أو الفئران، لمثيراتٍ يتمُّ التحكُّم فيها بعناية. احتوى الصندوق على مقبضٍ يُخرِج طعامًا إذا ضغط عليه الحيوان. وبينما يتحرَّك الحيوان داخل الصندوق، فإنه في النهاية سيضغط على المقبض بمحض المصادفة، وسرعان ما تعلَّمت الحيوانات الضغطَ على المقبض للحصول على الطعام، مما يدُل على التعزيز الإيجابي لسلوك الضغط على المقبض. وقد أثبتَ سكينر تعزيزًا سلبيًّا من خلال تعريض الحيوان لتيارٍ كهربائيٍّ مزعج، يمكن إغلاقُه عن طريق الضغط على المقبض («تعلُّم الهروب»). مرةً أخرى، بتكرار التجارب، تعلَّمت الحيوانات الضغطَ على المقبض على الفور. ضمنت نتيجةُ نجاتهم من التيار الكهربائي أنهم سيُكرِّرون هذا الفعل. في الواقع، عندما سبق تشغيل التيار الكهربائي ظهورُ ضوء، تعلَّمت الحيوانات الضغطَ على المقبض لَمَنْع تشغيل التيار («تعلُّم التجنُّب»). وعندما يتضمَّن التعزيز إضافةَ شيءٍ ما (مثل الطعام) إلى موقفٍ ما؛ لزيادة احتمالية حدوث السلوك (الضغط على المقبض)، فإنه يسمَّى «التعزيز الإيجابي». التعزيز السلبي يكون عند نَزْع شيءٍ ما (التيار الكهربائي الكريه) لزيادة احتمالية حدوث السلوك. بعض المثيرات التي تعمل معزِّزاتٍ هي بطبيعتها مُرضية («معزِّزات أولية») لأنها تلبي حاجةً ما، مثل الطعام أو الماء. على النقيض من ذلك، فالمعزِّزات الثانوية هي أشياءُ مُرضية فقط لارتباطها بمعزِّز أساسي. على سبيل المثال، يُعَد المال معززًا ثانويًّا، حيث يمكن استخدامه لشراء الأشياء التي تلبي الاحتياجات (المعزِّزات الأولية).

يعكس العقابُ التعزيزَ من خلال ما يمارسه من إضعافٍ أو تقليلٍ بقوة الاستجابة أو تكرارها، ويمكن أن يكون العقاب إيجابيًّا أو سلبيًّا أيضًا. «العقاب الإيجابي» يكون بإضافة مثيرٍ بغيضٍ لتقليل تكرار سلوكٍ ما. على سبيل المثال، توبيخ الطفل لكونه مشاكسًا. على النقيض من ذلك، فإن «العقاب السلبي» هو عند إزالة شيءٍ سارٍّ، مثل «وقت اللعب»، لتثبيط سلوكٍ غيرِ مرغوبٍ فيه. وعلى الرغم من هذه الاختلافات المفاهيمية، فقد يكون من الصعب التمييزُ بين الاثنَين في الممارسة العملية؛ فإذا عُوقِبَ الطفلُ بالاحتجاز بسبب التحدُّث في الفصل، فهل العقاب في هذه الحالة إيجابيٌّ أو سلبيٌّ؟ إنه إيجابي لأنَّ مثيرًا غيرَ سارٍّ أُضيفَ (الحرمان من وقت الراحة)، ولكنه سلبي أيضًا لأن إمكانية الحصول على مثيرٍ سارٍّ (أيًّا كان ما يمكن للطفل فِعله إذا لم يُحرَم من وقت الراحة) قد انتُزِعَت. بشكلٍ

عام، الأكثر فعالية هو محاولةُ تعزيز السلوك المرغوب فيه بدلًا من معاقبة السلوك غيرِ المرغوب فيه. ومع ذلك، قد يكون هذا صعبًا، وهذا لأنه في كثيرٍ من الأحيان على المستوى العملي، ما نريده أكثرَ هو تقليل تكرار السلوك غير المرغوب فيه (مثل العدوانية)، ويمكن أن يكون من الصعب معرفةُ كيفية مكافأة غياب هذا السلوك بشكلٍ فعَّال، لا سيَّما إذا كان سلوكًا وتيرة تكراره قليلة. علاوة على ذلك، هناك بعضُ الأدلة على أن تقديم المكافآت الخارجية يمكن أن يقوِّض الدافعَ الداخلي. ولذا، فإن مكافأة الطفل على تناول الخضراوات قد يقلِّل في الواقع من حبِّه لها، حتى لو نتجَ عن ذلك زيادةُ تناوله لها. (انظر الجدول ١-١).

يؤثِّر أيضًا المعدَّل الذي تُمنَح به المكافأة على مدى قوَّتها كمعزِّز. تُقاس قوة التعزيز بطريقتَين. أولًا: «معدَّل الاستجابة»، وهو معدَّل تكرار السلوك؛ أي عدد المرات التي يضغط فيها الفأر على المقبض؛ وثانيًا: «معدَّل الانطفاء»، وهو المدة التي يستغرقها الفأر للتوقُّف عن الضغط على المقبض، بمجرَّد توقُّف خروج الطعام.

جدول ١-١: أنواع العقاب والتعزيز

	الإيجابي (إضافة مثير)	السلبي (إزالة مثير)
التعزيز (يزيد من احتمالية تكرار السلوك)	مثال: مكافأة الأطفال على انتظامهم في الحضور إلى المدرسة بالمال.	مثال: تغريم الوالدَيْن اللذَيْن لا يحضُر أطفالُهما بشكل منتظم.
العقاب (يقلِّل من احتمالية تكرار السلوك)	مثال: تكليف البعض بكتابة بعض الفقرات عدة مرات؛ عقابًا لهم على تحدُّثهم أثناء الدرس.	مثال: حرمان البعض من وقت الراحة؛ عقابًا لهم على تحدُّثهم أثناء الدرس.

تُعرَف طريقةُ تنفيذ التعزيز وفقًا لجدول زمني محدَّد أو قاعدة بعينها باسم «نظام التعزيز»، وتَرِد أنواعه الرئيسية في الجدول ١-٢. كما ترون بالجدول أدناه، فمن المفارقة أن قوة ظهور السلوك لا تزيد كلما ضمنت الحصول على مكافأة بشكلٍ مستمر. بل غالبًا ما تكون أقوى المعزِّزات هي تلك التي يكون الحصول عليها أقلَّ توقعًا، مما قد يساعد في توضيح الإغراء الذي تشكِّله المقامرة أو شراء تذاكر اليانصيب.

جدول ١-٢: أنظمة التعزيز

نظام التعزيز	المكافأة	معدَّل الاستجابة	معدل الانطفاء
مستمر	مكافأة في كل مرة يظهر فيها السلوك (مثل جرعات يتحكَّم فيها المريض من مسكِّنات الألم).	منخفض — لا يتطلب جهدًا كبيرًا حيث يمكنك الحصول على المكافأة وقتما تشاء.	سريع — سرعان ما يتضح أن الفعل لم يَعُد ينتج عنه المكافأة.
فترة ثابتة	مكافأة بعد فترة زمنية ثابتة شريطة إظهار السلوك مرةً واحدة على الأقل خلال ذلك الوقت (على سبيل المثال، جرعات من مسكِّنات الألم في أوقات محدَّدة).	متوسط — يوجد بعض الدافعية للعمل من أجل الحصول على المكافأة.	متوسط — يستحق مواصلة المحاولة لفترةٍ، لمعرفةِ إن كان سيصبح فَعَّالًا مرة أخرى كما كان، أم لا.
نسبة ثابتة	مكافأة بعد حدوث السلوك لعدد محدَّد من المرات (على سبيل المثال، مكافأة الطفل ببعض الحلوى عند حصوله على خمس نجوم، في مخطَّط النجوم التشجيعي الخاص به).	معدَّل الاستجابة مرتفع؛ لأن المكافآت تزيد بزيادة الجهد المبذول.	معدل الانطفاء متوسط، حيث يستغرق الأمر بعضَ الوقت لإدراك أن القواعد قد تغيَّرت.
نسبة متغيرة	يكافأ السلوك بعد عدد غير متوقَّع من المرات (مثل شراء تذكرة يانصيب أو المقامرة).	معدَّل الاستجابة مرتفع؛ لأنك لا تعرف مقدار الجهد المطلوب منك للحصول على المكافأة.	معدل الانطفاء بطيء؛ لأنه من الصعب معرفة أن المكافأة لم تَعُد متوفرة إذا كانت دائمًا غير متوقعة.
فترة متغيرة	مكافأة بعد فترةٍ زمنيةٍ متغيرة، شريطة إظهار السلوك مرةً واحدةً على الأقل خلال ذلك الوقت (مثل التحقُّق من رسائل بريدك الإلكتروني).	معدَّل الاستجابة مرتفع؛ لأنك لا تعرف مقدار الجهد المطلوب منك، للحصول على المكافأة.	معدَّل الانطفاء بطيء؛ لأنه من الصعب معرفة أن المكافأة لم تَعُد متوفرةً إذا كانت دائمًا غير متوقعة.

استُخدِمت مبادئُ الارتباط الشرطي الاستثابي للتأثير على السلوك في العديد من السياقات. غالبًا ما تكون مثل هذه التدخُّلات شكلًا من أشكال «برنامج تعديل السلوك» الذي يستخدم أنظمةَ التعزيز و/أو العقاب، من أجل زيادة تكرار السلوكيات المرغوبة، و/أو تقليل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها. هذا أمرٌ شائع في سياقات الفصول الدراسية؛ حيث يتمُّ تقديم الثناء أو المكافآت على العمل أو السلوك الجيد، والعقاب على العمل أو السلوك السيئ. تُظهِر الأبحاث أن مكافأة المدخلات أكثرُ فعاليةً من مكافأة المخرجات؛ ومن ثَم فمكافأة الأطفال بالمال مقابل المذاكرة (المدخلات) تؤدِّي إلى حصولهم على درجاتِ اختبارٍ أفضلَ من مكافأتهم مباشرةً على تحقيق درجاتٍ أفضل في الاختبار (المخرجات). تشير مثل هذه الأبحاث إلى أن أنظمةَ «الدفع مقابل الأداء» للمعلِّمين، التي يتم فيها مكافأتهم بناءً على درجات اختبارات طلابهم (المخرجات)، قد لا تكون الاستراتيجية الأكثرَ فاعلية.

غالبًا ما تُستخدَم مبادئ الارتباط الشرطي الاستثابي في إدارة سلوك الطفل، مع استخدام مخطَّطات النجوم التشجيعية والمكافآت للسلوك الجيد، واستراتيجية قضاء بعض الوقت في مكان مخصَّص للعقاب للسلوك غير المرغوب فيه. استخُدمت تدخُّلات مماثلة لتعزيز الحضور في المدرسة، على سبيل المثال، من خلال مكافأة الحضور المنتظم بالمال أو قسائم الشراء، أو بتغريم الوالدَيْن على عدم حضور طفلهما بشكلٍ منتظمٍ في المدرسة. قد تَستخدم مؤسسة بأكملها مثلَ هذه الاستراتيجية. يستخدم بعضُ مستشفيات الطب النفسي أو المرافق التعليمية نظامًا يسمَّى «الاقتصاد الرمزي»؛ حيث يحصل الفرد على نقاطٍ أو ما شابه للقيام بالسلوك المرغوبِ فيه، ويمكن أن يُستبدَل بها مكافآت مثل الحصول على وجباتٍ خفيفة أو امتيازاتٍ بعينها أو القيام بأنشطة محدَّدة. غالبًا ما تعتمد السجون أيضًا على مثل هذه المبادئ، بتقديم مكافآتٍ على السلوك الجيد، أو غياب السلوك السيئ، مثل امتيازات متعلِّقة بمشاهدة التلفزيون، وعقاب السلوك غير المرغوب فيه بالاحتجاز الفردي. في الواقع، يمكن القول إن المجتمع القائم على استخدام النقود هو اقتصادٌ رمزي كبير؛ حيث يكافأ السلوك المرغوب (العمل) برموز تشجيع (المال) تتيح الحصولَ على المكافآت.

لقد غطَّى هذا الفصل أولَ شكلَيْن من أشكال التعلُّم، ألا وهما الارتباط الشرطي الكلاسيكي والارتباط الشرطي الاستثابي. ويُعتقَد أن الشكل الثالث من التعلُّم، وهو التعلُّم القائم على الملاحظة، يتضمَّن المزيد من الوساطة المعرفية، وهذا ما سنتناوله في الفصل الثاني.

الفصل الثاني

الجانب «المعرفي» في العلاج السلوكي المعرفي

أدَّت دراسة الارتباط الشرطي الكلاسيكي والارتباط الشرطي الاستثابي إلى تطوراتٍ كبيرةٍ في فَهْم عملية التعلُّم، ولكن هذه النظريات لا تأخذ في الاعتبار أيَّ عوامل فردية، مثل دَور العوامل الوراثية أو الإدراكية في التعلُّم؛ بعبارة أخرى، فإنها لا تفسِّر الاختلافَ الفردي في التعلُّم في بيئة مشتركة. علاوة على ذلك، فهي لا يمكنها تفسيرُ جميع أشكال التعلُّم. على سبيل المثال، لاحظ عالِم النفس الألماني فولفجانج كولر أن الشمبانزي، الذي يحاول الوصولَ إلى موزةٍ بعيدة المنال، بدا أحيانًا أنه يجد الحل (بتكديس الصناديق بعضها فوق بعض، أو استخدام أداة للوصول إلى الموزة) في لحظةٍ من البصيرة المفاجئة، وليس بالتجربة والخطأ فحسب (انظر الشكل ٢-١). التعلُّم التبصُّري هو ما يحدث عندما «ترى» فجأةً حلًّا لمشكلةٍ ما، حتى عندما لا تكون تحاول جاهدًا حلَّها.

بالمثل، وجدَ عالِم النفس الأمريكي إدوارد تولمان دليلًا على «التعلُّم الكامن» في الفئران، من خلال إظهارِ نجاحها في حفظ طريقها داخل المتاهة في غياب أي مكافأة، ثم استخدام هذه المعرفة للعثور على المكافأة بسرعةٍ أكبرَ بمجرد توفُّرها. طوَّرت الفئران «خريطةً معرفية» للمتاهة، على الرغم من عدم وجود مكافأة خارجية للقيام بذلك في ذلك الوقت. وتقترح «نظرية التعلُّم الاجتماعي»، التي طوَّرها عالِم النفس الأمريكي ألبرت باندورا، أن البشر يمكنهم التعلُّم من خلال الملاحظة، وليس فقط من خلال الخبرة الشخصية. أشار باندورا إلى أنه يمكن تعلُّم السلوك من البيئة من خلال الملاحظة أو التوجيه، وأن العمليات المعرفية توسَّطت في هذا التعلُّم، وكذا الارتباطات بين المثيرات والاستجابات. بالإضافة إلى التعلُّم من خلالِ ملاحظة السلوك، يتأثَّر التعلُّم أيضًا بملاحظة السلوك الذي تتم مكافأته أو معاقبته، وهي عمليةٌ تُعرف باسم «التعزيز غير المباشر» — أي: رؤية شخص آخر



شكل ٢-١: زوجٌ من الشمبانزي يحُلَّان مشكلةَ الوصول إلى موزة.

يُعاقَب على فعلٍ ما تجعلنا نمتنع عن فِعله. على سبيل المثال، كان يُعتقد أن الإعدام العلني يكون رادعًا للآخرين.

نظرية التعلُّم الاجتماعي

في أوائل الستينيات من القرن الماضي، أجرى باندورا سلسلةً من الدراسات شاهد فيها أطفالٌ أشخاصًا بالغين، وهم يتفاعلون مع دميةٍ قابلةٍ للنفخ وثقيلةٍ (تسمَّى الدمية بوبو) ترتدُّ إلى أعلى عند دفعِها إلى الأسفل. كان الأطفال الذين راقبوا شخصًا بالغًا يتفاعل مع الدمية بطريقة عدوانية، بالصراخ فيها ولكمِها؛ أكثرَ ميلًا بكثيرٍ إلى التصرُّف بعنفٍ تجاه الدمية، من الأطفال الذين راقبوا شخصًا بالغًا يتفاعل مع الدمية بطريقةٍ غير عدوانية. وقد تحقَّق هذا بشكلٍ خاص، عندما شاهدوا أن الشخص البالغ يتلقَّى المدح بدلًا من التأنيب على سلوكه العدواني. حقيقةُ أن التعلُّم القائم على الملاحظة يتأثَّر برؤية عواقب السلوك؛ تشير إلى وجودِ عنصرٍ معرفي للتعلُّم. وقد كان التأثير أقوى عندما كان الشخص

البالغ من نفس جنس الطفل الذي يراقبه. وهذا لأننا «نتماهى» مع النماذج (أي: الأفراد الذين نلاحظهم) التي ندرك أنها تشبهنا أكثرَ، والنماذج التي ندرك أنها كُوفِئَت. هذه النماذج ليست فقط العناصرَ الفاعلة المشارِكة في التجارب، ولكنها تشكِّل جزءًا من سياقنا الثقافي الاجتماعي؛ ومن ثَم كل مَن حولنا، بِمَنْ في ذلك الأصدقاء والعائلة والمعلمون وزملاء العمل والشخصيات الإعلامية. تقدِّم هذه النماذج أنماطَ سلوك يمكننا ملاحظتها وتقليدها، مثل المُثُل العليا الذكورية والأنثوية، والسلوك المؤيِّد والمعادي للمجتمع، وما إلى ذلك. توفِّر وسائل التواصل الاجتماعي عددًا كبيرًا من النماذج المحتمَلة، بالإضافة إلى مؤشراتٍ واضحةٍ على شعبيتها أو مكانتها. قد تساعد عملية التعلُّم القائم على الملاحظة في توضيح سبب ارتفاع معدلات الانتحار، في أعقاب قيام أحد المشاهير، أو حتى شخصية خيالية في أحد المسلسلات، بالانتحار. كما قد دُرِس كثيرًا دورُ تقديم العنف على شاشات التلفزيون أو في ألعاب الكمبيوتر، في تعزيز السلوك العدواني، ولكن دون الوصول إلى استنتاجٍ واضح.

إنَّ نظريات التعلُّم المختلفة لا تستبعد إحداها الأخرى، وقد تحدُث عملية التعلُّم الأكثر فاعلية عندما يتم الجمع بينها. على سبيل المثال، يتعلم الأطفال من خلال الملاحظة عندما «يقلِّدون» ما يفعله قدوتهم من الكبار؛ لذلك فإن أطفال المدخنين يكونون أكثرَ عرضة للتدخين. ومع ذلك، فالسياق الاجتماعي الثقافي؛ ومن ثَم الارتباط الشرطي الاستثابي، سيكون له تأثيرٌ أيضًا؛ فإذا كوفئ سلوك التدخين بقبولٍ اجتماعي من الأقران، فمن المرجَّح أن يستمر أكثرَ مما لو قُوبِل بالرفض أو بعواقبَ سلبيةٍ أخرى. وبالإضافة إلى كونه إيجابيًّا أو سلبيًّا، يمكن أن يكون التعزيز خارجيًّا أو داخليًّا. فإذا حصلَ الفردُ على قبولٍ من الآخرين، فهذا القبول «معزِّز خارجي»، ولكن الشعور بالسعادة بشأن القبول الذي تلقَّاه هو «معزِّز داخلي». وفي المقابل، قد يكون رفضُ الآخرين هو المكافأة، كما هو الحال في السلوك المتمرد. إن حقيقة أنَّ ما هو مجزٍ لشخصٍ ما، أو في موقفٍ بعينه، يختلف باختلاف الشخص والموقف، تسلِّط الضوءَ على دَور الوساطة المعرفية في عملية التعلُّم.

الثورة المعرفية

دفعت دراسةُ مُنظِّري التعلُّم التفصيلية للسوابق والسلوكيات والعواقب، المعالجين إلى استخدام نهجٍ مماثل، يُعرف باسم «التحليل الوظيفي»، لفَهْم الصعوبات التي يُعانيها مرضاهم. التحليل الوظيفي هو عملية فحصٍ مفصَّلٍ لسوابق السلوك أو مُحفِّزاته،

والسلوك نفسه، وعواقب السلوك. الغرض من التحليل الوظيفي هو فَهْم سببِ استمرار السلوك غير المفيد أو المؤلم. استُخدم هذا، إلى جانب نظرياتِ التعلُّم، لتطوير علاجاتٍ مفيدة مثل علاج الرُّهاب بإزالة التحسُّس المنهجية أو التعرُّض التدريجي. ومع ذلك، لا تزال هذه التدخُّلات تركِّز في المقام الأول على ظواهرِ السلوك الملحوظة وعواقبه. وبحلول سبعينيات القرن الماضي، كان تجاهل جميع العمليات النفسية غير المرصودة، ولا سيما دَور الفكر في التأثير على السلوكيات والمشاعر البشرية، يُسبِّب استياءً متزايدًا. وسعى العديد من مجالات البحث إلى دمج الظواهر المعرفية في فَهْم الاضطرابات النفسية، وأصبح هذا التطوُّر يُعرف باسم «الثورة المعرفية».

كان عالِمُ النفس الأمريكي ألبرت إليس من الرُّواد في هذا المجال. ومع أنه تلقَّى تدريبَه في الأصل في مجال التحليل النفسي الكلاسيكي، فإنه، مثل كثيرين غيره، أُصيبَ بالإحباط بسبب محدوديته. كان إليس نفسه قد مرَّ بطفولةٍ صعبةٍ وتعامل مع هذا باتباع نهجٍ عمليٍّ براجماتي تجاه التحديات، وإدراك أنه يمكنه التعاملُ مع الشدائد من خلال تعلُّم تقليل الاهتمام بها. من المحتمل أن تكون هذه الخبرات قد أرسَت الأسسَ لتطويره إلى شكلٍ جديدٍ من العلاج، الذي أَطلق عليه «العلاج العقلاني»، الذي وسَّعه لاحقًا ليُصبح «العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي». وهذا العلاج هو نهجٌ علمي في تطوُّر مستمر، ولكنه يعتمد على نموذج ABC الموضَّح في الشكل ٢-٢؛ حيث تتوسط المعتقَدات B العلاقةَ بين السوابق A والعواقب C. ولذا فقد تكون السابقة خسارةً ما، وقد يؤدي اعتقادٌ غير عقلاني بأنَّ الخسارة لم يكن ينبغي أن تحدُث وأنها لا تُحتمَل؛ إلى عاقبةٍ بعينها، ألا وهي المرور بضائقةٍ وجدانية. ومع ذلك، إذا كان الاعتقاد أكثرَ عقلانية (على سبيل المثال، أنا حزين لحدوث خسارة، ولكن يمكن تحمُّلها)، فستقل وطأة العواقب الوجدانية.

يقتضي العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أنه إذا أردنا تغييرَ العواقب النفسية المختلَّة، مثل القلق والاكتئاب، فإنه يتعيَّن علينا تغييرُ المعتقَدات غير العقلانية الكامنة وراءها. رأى إليس أن المعتقَدات غير العقلانية تتخذ غالبًا شكلًا متطرفًا أو دوجماتيًّا من العبارات التي تبدأ بـ «لا بد من كذا»، «يجب كذا»، «ينبغي كذا»، وهذا على عكس الرغبات أو الأمنيات أو التفضيلات الأكثر عقلانيةً ومرونة. ولذا فبدلًا من الاعتقاد «يجب أن أكون الأفضل في كل شيء»، سيكون الاعتقاد الأكثر مرونةً وعقلانيةً هو «على الرغم من أنه من الجيد القيام بالأشياء بصورةٍ جيدة، فإنه من غير الممكن أن أكون الأفضل في كل شيءٍ طوال الوقت». تُركِّز استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على تغيير معتقَدات



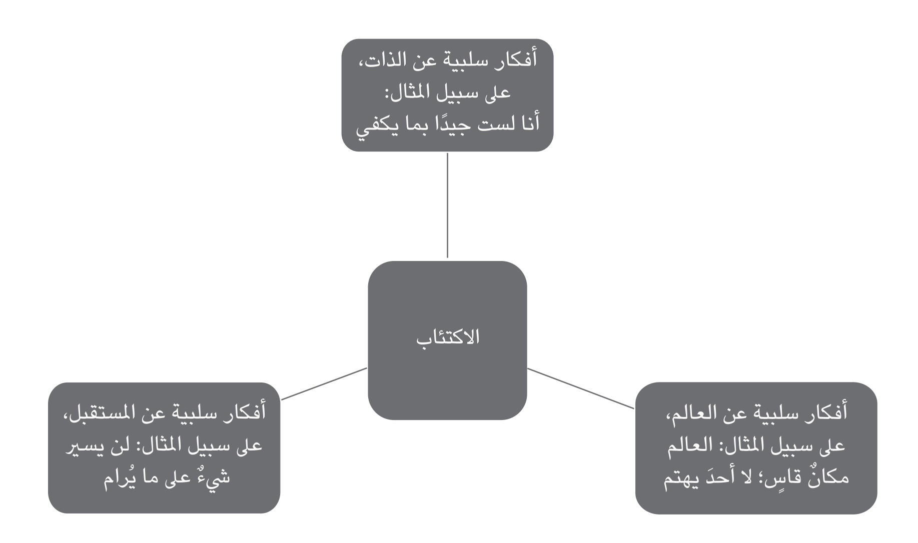
شكل ٢-٢: نموذج ABC (التحليل الوظيفي).

وسلوكيات المرضى الانهزامية، من خلال إظهارِ مدى جمودها وافتقارها إلى العقلانية. اعتقد إليس أنه من خلال التحليل العقلاني وإعادة التقييم لمثل هذه المعتقَدات، سيفهم المرضى كيف أن معتقَداتِهم غير العقلانية انهزاميةٌ؛ ومن ثَم يمكنهم تطويرُ بدائلَ أكثرَ عقلانية. كان عمل إليس مثيرًا للجدل للغاية في وقتِ ظهوره، لا سيما وأن أسلوبه العلاجي يمكن أن يكون صداميًّا وينطوي على السخرية. على سبيل المثال، لكي يُثني المرضى عن المعتقَدات الجامدة والمتطلبة بشكل مفرط، مثل الاعتقاد بأنهم «لا بد» أن يشعروا أو يتصرفوا بطريقةٍ معينة، فكان يتهمهم بـ «التصلب». أو «التهويل» عندما كانوا يركِّزون بشكلٍ مفرط على الجوانب السلبية للموقف. يُذكر أنه من أجل التغلُّب على خوفه من التحدُّث إلى النساء، فقد أجبر إليس نفسه على التحدُّث إلى أكثرَ من مائة امرأة في إحدى الحدائق المحلية. وفي عام ١٩٥٩، أسَّس إليس معهد الحياة العقلانية (الذي يُعرف الآن باسم معهد ألبرت إليس) للمزيد من الدراسة والتدريب، في مجال العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، كما كان كاتبًا غزيرَ الإنتاج حيث ألَّفَ وشاركَ في تأليفِ أكثرَ من ثمانين كتابًا.

في نفس الوقت تقريبًا الذي كان إليس فيه يطوِّر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، بدأ الطبيبُ النفسي الأمريكي إيرون تي بيك (١٩٢١–٢٠٢١) — الذي أُصيبَ بخيبةِ أمل مماثلة من نهج فرويد للتحليل النفسي — في تطوير فرضياته الخاصة حول دَور الأفكار

(المعروف أيضًا باسم الإدراك) في الاضطرابات النفسية. لاحظَ بيك أن مرضاه المصابين بالاكتئاب بدَوا وكأنهم يعانون تدفقًا تلقائيًّا لفيضٍ من الأفكار السلبية. وقد وصفَ هذه الأفكار بـ «الأفكار التلقائية السلبية»، ولاحظَ أنها تميل إلى الحدوثِ في ثلاثة مجالاتٍ مرتبطة: «الثالوث المعرفي» للأفكار السلبية حول كلٍّ من الذات والآخرين والمستقبل.

بدأَ بيك بمحاولة مساعدة المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية وتقييمها، ووجدَ أنه بفعل ذلك، كان المرضى قادرين على التفكير بطريقةٍ أكثرَ واقعية، مما دفعهم إلى الشعور بتحسُّن على المستوى الانفعالي والتصرُّف بطرقٍ مفيدة أكثر. قادته هذه الملاحظة إلى اقتراح النظرية المعرفية للاكتئاب في عام ١٩٧٩، التي توسَّعت لاحقًا لتشمل جوانبَ أخرى من الاضطراب الوجداني (انظر الشكل ٢-٣). أظهرت التجارب البحثية أن العلاج المعرفي لبيك كان فعالًا في تقليل الاكتئاب، وهو ما عزَّز بدوره هذا النَّهج، وأدَّى مزيدٌ من تطوُّر ودمج المناهج المعرفية والسلوكية إلى تطوير العلاج السلوكي المعرفي الحديث، الذي سنتناوله بمزيد من التفصيل في الفصول القادمة.



شكل ٢-٣: الثالوث المعرفي للاكتئاب الذي وضعه بيك.

الفصل الثالث

النظرية وراء العلاج السلوكي المعرفي

في مسرحية «هاملت»، كتبَ شكسبير «لا يوجد شيءٌ جيد أو سيئ في حد ذاته، ولكن التفكير هو ما يجعله هذا أو ذاك»، مدركًا أن الطريقة التي نفسِّر بها الأحداث تؤثِّر على ردود أفعالنا الانفعالية تجاهها. الفكرة الأساسية وراء العلاج السلوكي المعرفي هي أن كيفية إدراكك للموقف تؤثِّر على شعورك به. على سبيل المثال، إذا تجاهلتك إحدى معارفك فسيثير ذلك ردَّ فعلٍ انفعاليًّا يختلف باختلاف كيفيةِ تفسيرك للأمر. قد يكون ردُّ الفعل الانفعالي هو القلق («قد أكون فعلت شيئًا أزعجها؟»)، أو الاكتئاب («لا أحدَ يرغب في التحدث إليَّ على أي حال؛ أنا مملٌّ للغاية»)، أو الغضب («يا لها من وقحةٍ متغطرسة للغاية، أنا لا أستحق مثل هذا الازدراء!»). من ناحية أخرى، قد يكون ردُّ الفعل محايدًا («ربما تكون شاردةَ الذهن ولم تلاحظني»).

وفقًا لنص بيك وزملائه الكلاسيكي في عام ١٩٧٩، فإن العلاج السلوكي المعرفي هو «نهجٌ فاعل وتوجيهي ومنظَّم، يعتمد على الأساس المنطقي النظري القائل بأن مشاعرَ الفرد وسلوكه يتحدَّدان إلى حدٍّ كبير بالطريقة التي يُرتِّب بها العالم». الفكرة الأساسية هي أن الأفكار والمشاعر ستؤثِّر وتتأثَّر بسلوكك وردود أفعالك الفسيولوجية. وكلُّ هذا يتأثَّر بالبيئة المحيطة بك. لذا، ليس فقط ما يحدُث لك هو الذي يحدِّد تجربتك الشعورية، بل أيضًا تفسيرك لما حدَث. عندما يبدو أحد المشاعر غير متناسِب مع الحدث، يمكن للمعنى الشخصي الذي يربطه الفرد بالحدث أن يفسِّر ردَّ الفعل الانفعالي. ولذا، لفهم ضوائق الناس، لا بد أن نفهم «معانيهم»، أي إدراكاتهم؛ أي طريقتهم الفردية في إدراك تجاربهم في العالم. وهو ما يفتح بابَ إمكانية القدرة على تقليل ضوائقهم، من خلال مساعدتهم على تعديل هذه التفسيرات.

صياغة الحالة

يَستخدم جميع أشكال العلاج النفسي مفهومَ «صياغة الحالة»؛ أي الفَهْم النظري لكيفية تطوُّر المشكلة النفسية واستمرارها. تلك الصياغة هي إحدى الطرق الأساسية التي تتمايز من خلالها مدارس العلاج النفسي المختلفة. وهي تختلف في العلاج السلوكي المعرفي عن مدارس العلاج النفسي الأخرى، ليس فقط بالنظريات التي تستند إليها، ولكن أيضًا بالطريقة التي تُتَناوَل بها. تكون عمليةُ وَضْع صياغةِ الحالة في العلاج السلوكي المعرفي، عمليةً تعاونية وشفَّافة، وقائمةً على الفرضيات. وتُستنبط الصياغة — ألا وهي عملية فَهْم الصعوبات التي يعانيها المريض — بشكل تعاوني بين المريض والمعالِج. يقدِّم المعالِج خبرتَه في النظريات المعرفية والسلوكية، ولكن المريض هو الخبير فيما يتعلَّق بتجربته الخاصة. يضع المريضُ والمعالِج معًا فرضياتٍ حول ما أدَّى إلى تطوُّر المشكلة (المشكلات)، وما الذي يجعلها مستمرة.

تُقْتَرح صياغةٌ أولية في شكل فرضية، أو مجموعة من الفرضيات، على أن يتم تطويرها واختبارها وتحسينها خلال العلاج. يجب أن تكون الصياغة في العلاج السلوكي المعرفي صياغةً «فردية»، بحيث تكون مخصَّصة لفرد بعينه. ستكون عناصر الصياغة مشتركةً لدى الأشخاص الآخرين الذين يعانون مشكلاتٍ أو تجاربَ مماثلةً، ولكن المحتوى الدقيق للصياغة في العلاج السلوكي المعرفي لن يعكس سوى تجربة ذلك الفرد فقط. لكي تكون الصياغة مفيدة، لا بد ألَّا تشرح فقط تطوُّر المشكلة، ولكن أيضًا ما الذي يجعلها مستمرةً في الوقت الحاضر. إن هذه العوامل المُحافِظة هي التي تحافظ على استمرار المشكلة، وهي التي يترتَّب عليها ظهورُ أهداف العلاج؛ أي: ما الذي يتحتَّم تغييره حتى لا يواجه هذا الشخصُ تلك المشكلةَ بعد ذلك.

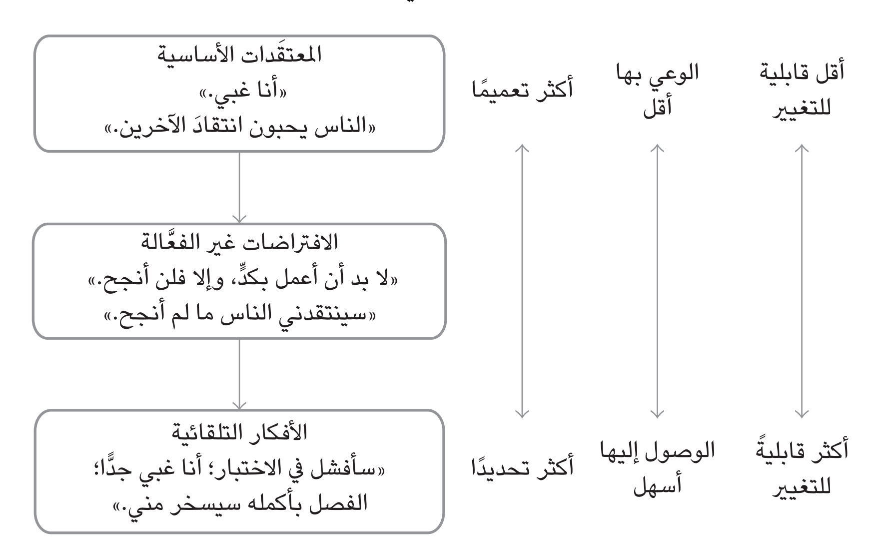
نظرية بيك عن الاضطرابات الوجدانية

نظرًا لتركيز العلاج السلوكي المعرفي على الإدراك، وعلى تفسير الفرد للأحداث، يحتاج نموذج العلاج السلوكي المعرفي إلى تفسير كيفية تكوين الأشخاص لِمثل هذه التفسيرات المميزة. أوضح بيك نظريتَه حول كيفية تطوُّر الاضطرابات الوجدانية، في كتابه الذي نُشر عام ١٩٧٦ بعنوان «العلاج المعرفي والاضطرابات الوجدانية». وقد اقترح، بناءً على التجارب المبكرة التكوينية، أن الناس يطوِّرون «معتقدات أساسية» (التي تسمَّى أحيانًا أيضًا

ب «المعتقدات المحورية» أو «المعتقدات غير الشرطية») عن أنفسهم والعالَم والآخرين. إذا كانت هذه المعتقَدات الأساسية سلبيةً (على سبيل المثال، «أنا لست جيدًا بما فيه الكفاية» أو «العالم مكان سيئ»)، فلا بد للأفراد أن يجدوا طريقةً للتكيُّف مع هذه المعتقَدات. على سبيل المثال، يجب أن يجدوا طرقًا للتعامل مع تحديات الحياة المترتِّبة على اعتقادهم بأنهم ليسوا جيدين أو قادرين بالقَدْر الذي يرون أنهم بحاجة إليه. ومن ثَمَّ يطوِّرون قواعدَ لمساعدتهم على التعامل مع الحياة، على الرغم من معتقَداتهم الأساسية السلبية. قد تكون بعض هذه القواعد غيرَ فعَّالة؛ ومن ثَم تُعرف باسم «الافتراضات غير الفعَّالة» (وتُعرف أحيانًا ب «المعتقدات الشرطية» أو «قواعد الحياة الشرطية»). هذه القواعد التي تتَّخذ صيغةَ «إن كان كذا، فسأفعل كذا» توجِّه سلوكَنا، وتساعدنا على التعامل مع المعتقَدات الأساسية السلبية عن أنفسنا أو الآخرين أو العالَم. ربما كانت هذه القواعدُ فعَّالة (تكيُّفية) فيما سبق في الظروف التي تعلمها الفرد فيها، ولكنها قد تكون أقلَّ تكيفية في ظروفٍ لاحقة؛ ومن ثَم يمكن أن تؤديَ إلى اضطراب وجداني. على سبيل المثال، يمكن أن تكون قاعدة مثل «لا بد أن أُبقي الآخرين بعيدًا عني وإلا فسيحاولون التحكُّم بي» استجابةً تكيُّفية للعلاقات الأسرية المتشابكة، ولكن خارج هذا السياق الاجتماعي، من المُحتمَل أن يكون لها أضرارٌ كبيرة مثل العُزلة.

النوع الأخير من المعتقَدات (أو التفكير) الذي يشكِّل أهميةً في نموذج العلاج السلوكي المعرفي للاضطراب الوجداني هو «الأفكار التلقائية». وهي الأفكار الموجودة على المستوى السطحي، والمخصَّصة لمعالجة الوضع الحالي بصورةٍ أكثر تحديدًا، والتي يُعتقد أنها تلعب دورًا أكبرَ في استمرار الاضطرابات الوجدانية بدلًا من التسبُّب فيها. لذا، يحدِّد نموذج بيك ثلاثة مستوياتٍ أو أنواع مختلفة من الإدراك التي يُعتقد أنها مهمة؛ «المعتقدات الأساسية»، و«الافتراضات غير الفعَّالة»، و«الأفكار التلقائية»، ويوضِّح الشكل ٣-١ خصائصَ هذه الأنواع أو مستويات الإدراك.

على المستوى السطحي الذي يسهُل الوصول إليه، توجد «الأفكار التلقائية» التي هي تيار الوعي الذي يمرُّ عَبْر أذهاننا. تشبه هذه الأفكار صوتَ أزيز الثلاجة أو ضوضاء الطريق في الخلفية؛ ولذلك قد لا نُعيرها الاهتمام دائمًا، ولكن يمكننا اختيارُ الإنصات إليها إذا أردنا ذلك. إنها أكثرُ أنواع الأفكار تحديدًا وأقلُّها عموميةً. أما على الطرف الآخر من السلسلة، فتوجد «المعتقَدات الأساسية» التي يصعُب الوصول إليها، والتي تكون أكثرَ عمومية. المعتقَدات الأساسية هي معتقَدات مطلَقة وغير شرطيةٍ عن أنفسنا أو الآخرين



شكل ٣-١: خصائص «مستويات» الإدراك المختلفة.

أو العالَم. تتضمَّن المعتقَدات الأساسية السلبية أفكارًا مثل «أنا غبي» أو «الآخرون غير جديرين بالثقة»، وتعمل هذه المعتقَدات بمنزلة مُرشِّح لخبرتنا، مما يجعلنا نلاحظ ونتذكَّر المعلومات التي تتوافق معها. أما «الافتراضات غيرُ الفعَّالة» فهي تقع على مستوًى وسطٍ بين الأفكار التلقائية والمعتقَدات الأساسية، وهي القواعد التي نستخدمها لتوجيه سلوكنا. عادةً ما تتعلَّق الافتراضات غيرُ الفعَّالة بما يعتقد الناس أنهم بحاجةٍ إليه؛ كي يكونوا سعداء أو آمنين، وكيف عليهم التصرُّف ليرَوْا أنهم جديرون بالاحترام، والمعايير التي يتوقَّعونها من أنفسهم، والآخرين، والعالَمِ بشكلٍ عام. تتمحور المخاوفُ الرئيسية حول القبول والإنجاز والسيطرة. يقدِّم الجدول التالي أمثلةً على افتراضاتٍ أكثرَ وأقلَّ فعاليةً في هذه النطاقات.

أمثلة على الافتراضات الأكثر والأقل فاعليةً

الإنجاز

«إذا لم أتمكن من إنجاز الأمر على نحو مثالي، فلا جدوى من المحاولة» في مقابل «من الجيد أن أجتهد، ولكن من غير الواقعي أن أتوقَّع القيام بكل شيء على أكمل وجه.»

القبول

«إذا كان شخصٌ ما لا يحبني، فهذا يعني وجود عيب فيَّ» في مقابل «لست بحاجة إلى استحسان الجميع لكي أشعر بالرضا عن نفسي.»

السيطرة

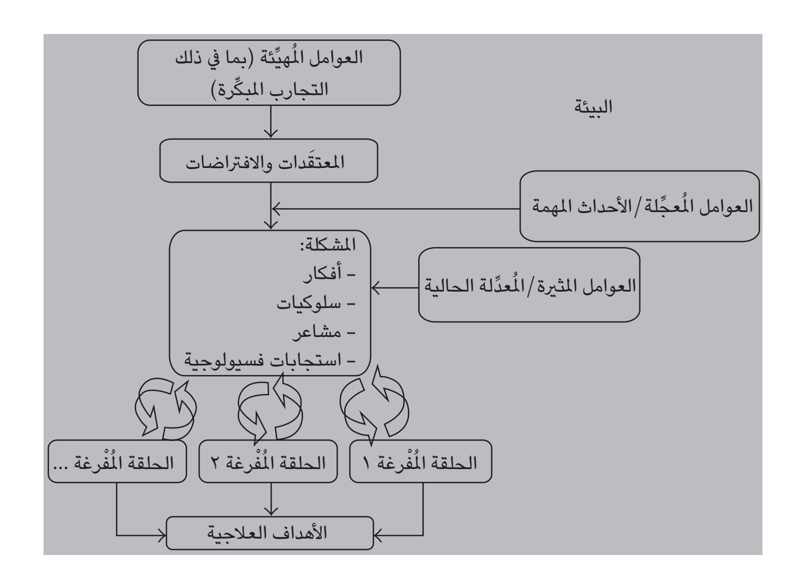
«طلب المساعدة علامةٌ على الضَّعف» في مقابل «يمكن أن يكون طلب المساعدة وسيلةً لإيجاد حل، وهو أفضل من المعاناة غير الضرورية بمفردي.»

على سبيل المثال، الشخص الذي لديه معتقَد أساسي بأنه غبي استنادًا إلى تجاربَ مبكِّرة، مثل ضعف التحصيل الدراسي في المدرسة، سيطوِّر قواعدَ أو استراتيجياتٍ للتعايش على الرغم من اعتقاده بأنه غبي. قد يعمل هذا الشخص بكدٍّ شديد للغاية ليعوِّض غباءَه المتصوَّر؛ ومن ثَم قد يقوم في الواقع بعملٍ جيد للغاية. سيعكس هذا الافتراض القائل «لا بد أن أجتهد أكثرَ من الآخرين لمواكبتهم»، وقد يكون تكيفيًّا في العديد من المواقف. وبالمقابل، قد يفعل العكس ولا يجتهد على الإطلاق ليتجنَّب أن يُفْضَح غباؤه، أو لأنه مقتنع تمامًا بأنه سيفشل، لدرجةِ أنه لا يرى أيَّ جدوى من المحاولة. يُحتَمل أن تكون هذه الاستراتيجية أقلَّ تكيُّفية. كما سيكون للمواقف التي يجد نفسَه فيها تأثيرٌ أيضًا. فإذا واجه الشخص الذي يستخدم استراتيجيةَ العمل بكَدٍّ دائمًا لتعويض غبائه المتصوَّر؛ موقفًا يتعذَّر عليه فيه بذلُ جهدٍ إضافي، أو يفشل في تحقيق المعيار المطلوب، على الرغم من عمله الجاد، فسَيُثَار معتقَده الأساسي بأنه غبيٌّ وسيصبح أكثرَ وعيًا به، مما سيزيد من احتمالية الشعور بالضيق. أما الشخص الذي لا يملِك معتقَدًا أساسيًّا بأنه غبي، فقد يعزو مثل هذه الإخفاقات إلى الظروف أو الحظ السيئ؛ ومن ثَم يكون وَقْع التجربة عليه أقلَّ إزعاجًا، وربما تكون احتمالية محاولته مرةً أخرى أرجحَ.

قد تكون المعتقَدات والافتراضات غيرُ الفعَّالة ضارَّةً بسبب مضمونها — فأيُّ شخصٍ يعتقد أنه سيئٌ من المحتمَل أن يعاني — ولكن قد لا يكون مضمونُها غيرُ الفعَّال واضحًا. على سبيل المثال، تُقَدِّر بعضُ السياقات الاجتماعية الثقافية الاستقلالية، وقد تكون هناك مزايا في عدم الاعتماد على الآخرين، وفقًا للسياق الذي توجَد فيه. تتميز المعتقَدات الأساسية والافتراضات غيرُ الفعالة بأنها شديدة الجمود و/أو التطرُّفِ، ولا تعكس تعقيدَ الطبيعة البشرية. من الجيد بالطبع إيلاءُ الأولوية لاحتياجات الآخرين، عندما تكون لديك الموارد

اللازمة لذلك، ولكن الشعور بالإلزام بوَضْع الآخرين دائمًا في المقام الأول؛ تفكيرٌ غير تكيُّفي على الأرجح في العديد من المواقف.

يُعتقد أن كلًّا من المعتقَدات الأساسية والافتراضات غير الفعَّالة، يجعل الفردَ عُرضةً للإصابة بالاضطراب الوجداني، اعتمادًا على الظروف. وتلعب الأفكار التلقائية دورًا كبيرًا في استمرار الاضطراب بمجرد استثارتها. وتتفاعل كلُّ هذه الأنواع الثلاثة بعضها مع بعض، بالإضافة إلى الاستجابات الفسيولوجية والسلوكية، لتبقي الفرد «عالقًا» في دائرة الاضطراب. وعلى الرغم من أن عملَ بيك ركَّز في الأصل على الاكتئاب، فقد طُبِّق «النموذج المعرفي للاضطراب الوجداني» الخاص به على مجموعةٍ واسعة من الاضطرابات الوجدانية، ونسخة النموذج الموضَّحة في الشكل ٣-٢ أدناه هي مزيجٌ عامٌّ من نُسخٍ مختلفة يمكن استخدامُها، لمحاولة فَهْم تطوُّر أي مشكلةٍ انفعاليةٍ والدور الذي تلعبه الحلقات المُفْرغة في استمراريَّتها. وسننظر فيما يلي في كيفيَّة فَهْم النظريات السلوكية المعرفية، لكيفيَّة تطوُّر المشكلات النفسيَّة واستمرارها، قبل أن ننتقل إلى تناول التدخُّلات المستخدَمة لعلاجها.



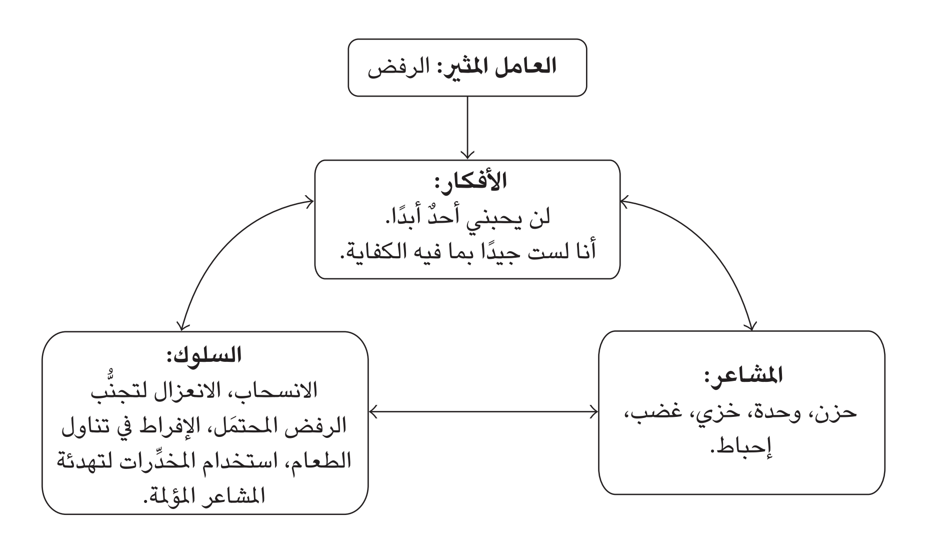
شكل ٣-٢: نموذج علاجٍ سلوكي معرفي عام.

النتائج المستخلصة من نموذج العلاج السلوكي المعرفي

كما رأينا، تتمثَّل إحدى الفرضيات الأساسية للنموذج السلوكي المعرفي في أن الأحداث ليست فقط هي المهمة، بل الطريقة التي نفسِّر بها تلك الأحداث. ومن ثَم، لمساعدة الأشخاص، نحتاج إلى فَهْم عمليات تفكيرهم، أي طرقهم النموذجية والخاصة بكل موقفٍ لإدراك العالم. يمكن أن يحمل نفس الحدث معانيَ مختلفة تمامًا، كما هو موضَّح أعلاه في المثال الذي يتعرَّض فيه شخصٌ للتجاهل من إحدى معارفه. ومع ذلك، يعتمد ذلك على السياق؛ إذ توجد بعض الأحداث التي تسبِّب إزعاجًا للجميع، مثل تجربة الصدمة أو فقدان الأحباء، وأحد الانتقادات الموجَّهة إلى نموذج العلاج السلوكي المعرفي، هو أن تركيزه على تفسيرِ الفرد للأحداث ينطوي على إمكانية التهوين من وطأة الضيق النفسي، الذي يعانيه نتيجةً للظروف الحياتية الصعبة. فإذا جرى تشخيصك بمرضٍ يهدِّد حياتك، فأي قَدْر من العلاج السلوكي المعرفي لن يفيد بشيءٍ. إن الجانب الذي يمكن للعلاج السلوكي المعرفي أن يفيد فيه على أكبرِ نحوٍ؛ هو عندما يكون ردُّ الفعل الانفعالي غير متناسبٍ مع الحدث، فيما يتعلَّق بشدته أو مدَّته. ومع ذلك، فهناك شيءٌ من إصدار الأحكام متضمَّن في تحديدِ ما إذا كان ردُّ الفعل الانفعالي مبالغًا فيه أو غير متناسبٍ مع الحدث. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يكون الشعور بالحزن الشديد لفقدان الأطفال مفهومًا للجميع، ولكن ماذا عن نفس مستوى الحزن المفرِط تجاه فقدان حيوان أليف محبَّب؟ وهكذا، تؤثِّر المعايير الاجتماعية والثقافية على ما يُعتبر متناسبًا مع الحدث. علاوة على ذلك، حتى عندما يكون الحدث محزنًا بشكل واضح، فقد يكون للعلاج السلوكي المعرفي بعضُ الفوائد في مساعدة الشخص على إيجاد أفضل طريقة للتكيُّف مع الظروف المتغيِّرة.

تهدف عمليةُ وَضْع صياغة الحالة في العلاج السلوكي المعرفي إلى تقديم فَهْم لِما يسبِّب المشكلات، أو يجعلها تستمر، أو يعيق حلَّها. على سبيل المثال، إذا نسبت الرفضَ إلى شعورٍ متأصلٍ بكونك غير محبوب، فسيؤثِّر ذلك على استجاباتك الانفعالية والسلوكية بشكلٍّ مختلِف عما إذا نسبته إلى الظروف أو سوء الحظ. من المرجَّح أن يؤديَ عزو الرفض إلى وجودِ خَطْب ما بك إلى مزيدٍ من الحزن، وسيؤثِّر على الأرجح على سلوكك المستقبلي في المواقف التي يكون فيها الرفض أمرًا محتملًا، وهو ما قد يتجلَّى على سبيل المثال في صورةِ تجنُّب العلاقات، أو بذل محاولاتٍ حثيثةٍ لإرضاء الآخرين، أو التظاهر بطبيعةٍ عكس طبيعتك. قد تؤثِّر هذه الاستجابات بدورها على احتماليةِ حدوث المزيد من

الرفض، كما هو موضَّح في الشكل ٣-٣. وهذا مجرد مثال واحد لنوعِ الحلقة المُفْرغة التي يمكن أن تُتضمَّن في نسخةٍ فرديةٍ من النموذج العام الموضَّح في الشكل ٣-٢.



شكل ٣-٣: حَلْقة مفرغة توضِّح الاستجابات المحتمَلة تجاه الرفض.

أهمية التجربة والسياق الاجتماعي الثقافي

نظرًا لأن العلاج السلوكي المعرفي يركِّز على الحاضر، وعلى الحلقات المُفْرغة المفترَضة، فغالبًا ما يتعرَّض للانتقاد لتجاهله التجاربَ السابقة للفرد (تاريخه)، والسياق الاجتماعي الثقافي الأوسع. ومع ذلك، فهذا ليس هو الحال بالضرورة. يشير نموذج العلاج السلوكي المعرفي العام الموضَّح في الشكل ٣-٢ إلى أن العوامل المُهيِّئة، بما في ذلك الخبرة السابقة، تجعلك عرضةً للإصابة بالاضطراب الوجداني، وأن أفكارك (على المستويات الثلاثة كلها) تلعب دورًا مهمًّا في استمرار المشكلة، وأن كلَّ هذا يحدث في سياق بيئتك. استخدم معالِجُ العلاج السلوكي المعرفي ديفيد ويستبروك، المدير السابق لمركز أكسفورد للعلاج المعرفي، تشبيه النار لشرح تركيز العلاج السلوكي المعرفي على العوامل المُحافِظة؛ فعلى سبيل المثال، إذا اكتشفت حريقًا، فلن تشرع في مواجهته بالبحث عن عودِ الثقاب الذي تسبَّب فيه، بل ستشرع في مواجهةِ العوامل التي تجعله مستمرًّا حاليًّا — ألا وهي إمدادات الوقود

والأكسجين. ومع ذلك، بمجرد السيطرة على الأزمة الحالية، قد يكون من المفيد التحقيق في سببِ حدوث الحريق، أو زيادة مخاطر حدوثه في المقام الأول، لتقليل مخاطر حدوثه مرة أخرى. يكون الوضع مشابهًا في العلاج السلوكي المعرفي، حيث ينصبُّ التركيز الأولي على تحديدِ ومعالجةِ ما يجعل المشكلة مستمرةً في الوقت الحالي، وعلى الأفكار والمشاعر والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية ذات الصلة. ولكن بمجرد معالجة هذه العوامل، يكون من المهم استكشاف عوامل الضَّعف، مثل المعتقَدات الأساسية والافتراضات غير الفعَّالة، لمعرفةِ ما إذا كان يمكن تعديل هذه العوامل، بحيث يكون الشخص أقلَّ عرضةً للمعاناة من المشكلة في المستقبل. وقد يكون السياق الاجتماعي الثقافي وثيقَ الصلة بعوامل الضَّعف تلك في التأثير على القواعد التي نكوِّنها حول كيفية عيش الحياة. على سبيل المثال، معدَّلات اضطرابات الأكل هي الأعلى في الثقافات الصناعية حيث يوجد تركيزٌ على النحافة، خاصة إذا كانت النحافة مرتبطةً بالنجاح. يمكن أن ينطبق هذا الأمر بشكلٍ خاصٍّ على المهن أو الرياضات التي تتطلَّب جسمًا بمواصفاتٍ خاصة (على سبيل المثال، الباليه، وسباقات ركوب الخيل، والجمباز، ومجال عروض الأزياء، والتمثيل).

يقترح نموذج العلاج السلوكي المعرفي أنك تُطوِّر، على أساس التجارب التكوينية، معتقَداتٍ أساسية عن نفسك والعالم. وإذا كانت هذه التجارب التكوينية سلبية، فمن المرجَّح أكثر أن تُطوِّر معتقداتٍ أساسية سلبية. ومن ثَم، فتجارب الطفولة السيئة، مثل سوء المعاملة أو الإهمال أو الفَقْد أو المعاناة بسبب وجود خلل أسري كبير، طالما ارتبطت بالاكتئاب والقلق وحتى الانتحار في مرحلة البلوغ. ومن المثير للاهتمام أن مثلَ هذه التجارب السيئة في مرحلة الطفولة، قد ثبَت أيضًا أنها تتنبَّأ بحدوث نتائجَ أسوأ في جوانبَ أخرى غير نفسيةٍ، مثل الحمل في فترة المراهقة، والأمراض العضوية مثل الربو. تظل الطريقةُ التي تؤدي بها هذه التجارب إلى نتائجَ صحيةٍ، سيئةً غيرَ مفهومة فهمًا كاملًا، ومن المحتمَل أنها تتم عَبْر مساراتٍ عديدة. من الواضح وجودُ تأثير مباشر للفقر والمحدِّدات الاجتماعية للصحة مثل الوظيفة والدخل، ولزيادة استخدام السلوكيات الضارة بالصحة، مثل التدخين والأنظمة الغذائية غير الصحية وتعاطي المخدِّرات. ومع ذلك، تشير الأبحاث الحديثة إلى أنه قد تكون هناك تأثيراتٌ أوسعُ لتجارب الطفولة السيئة، مثل حدوث تغيُّراتٍ في استجابات مراكز المتعة والمكافأة في الدماغ، بعدما أظهرت دراسات تصوير الدماغ وجودَ اختلافاتٍ في مناطقَ معينةٍ من الدماغ (مثل قشرة الفص الجبهي واللوزة الدماغية) بين مَن عانَوا تجاربَ سيئةً في مرحلة الطفولة ومَن لم يُعانوها، وأن

تأثير تلك التجارب تراكمي؛ إذ كلما كان عددها أكبر، كان لها تأثيرٌ أكبر. يشير هذا البحث إلى أن الأطفال الذين عانَوا تجاربَ سيئةً هم أكثر عرضةً للمبالغة في ردِّ الفعل، تجاه الضغوط وهم بالغون.

بينما يقرُّ العلاج السلوكي المعرفي بدور العوامل المُهيِّئة مثل تجارب الطفولة السيئة، والعوامل الوراثية، وكيمياء الدماغ، فهو يرى أن هذه العوامل أقلُّ قابليةً للتغيير؛ ومن ثَم يركِّز بدلًا من ذلك على المعتقَدات وأنماط الاستجابة السلوكية أو الانفعالية التي تطوَّرت؛ نتيجةً لهذه التجارب. إن التجارب، سواء كانت سيئة أم لا، ستعلِّمنا قواعدَ عن العالم وأنفسنا والآخرين. هذه القواعد، وفقًا لبوب شوارتس:

> تتشكَّل من تجربتنا، أو من حدثٍ أو أحداث في حياتنا دفعتنا إلى اتخاذِ قرار بشأن أنفسنا، حول كيفية التصرُّف في الحياة، وحول كيفية النجاح أو كيفية الاستمرار في الحياة. القوانين الشخصية لها هدف، ولكن عندما تصبح لا واعية وتبدأ في العمل تلقائيًّا، فإننا نعلَق معها طويلًا، حتى بعدما تتوقف عن أداء وظيفة مفيدة. والأسوأ من ذلك أن العديد من أكثر القوانين الشخصية تأثيرًا، قد تشكَّل في مرحلةٍ كنا فيها أصغرَ من أن تكون لدينا صورةٌ دقيقة عن هويتنا، أو عما هو عليه العالَم في الواقع؛ ومن ثَم غالبًا ما تكون تلك القوانين مضلِّلة على نحوٍ رهيب.

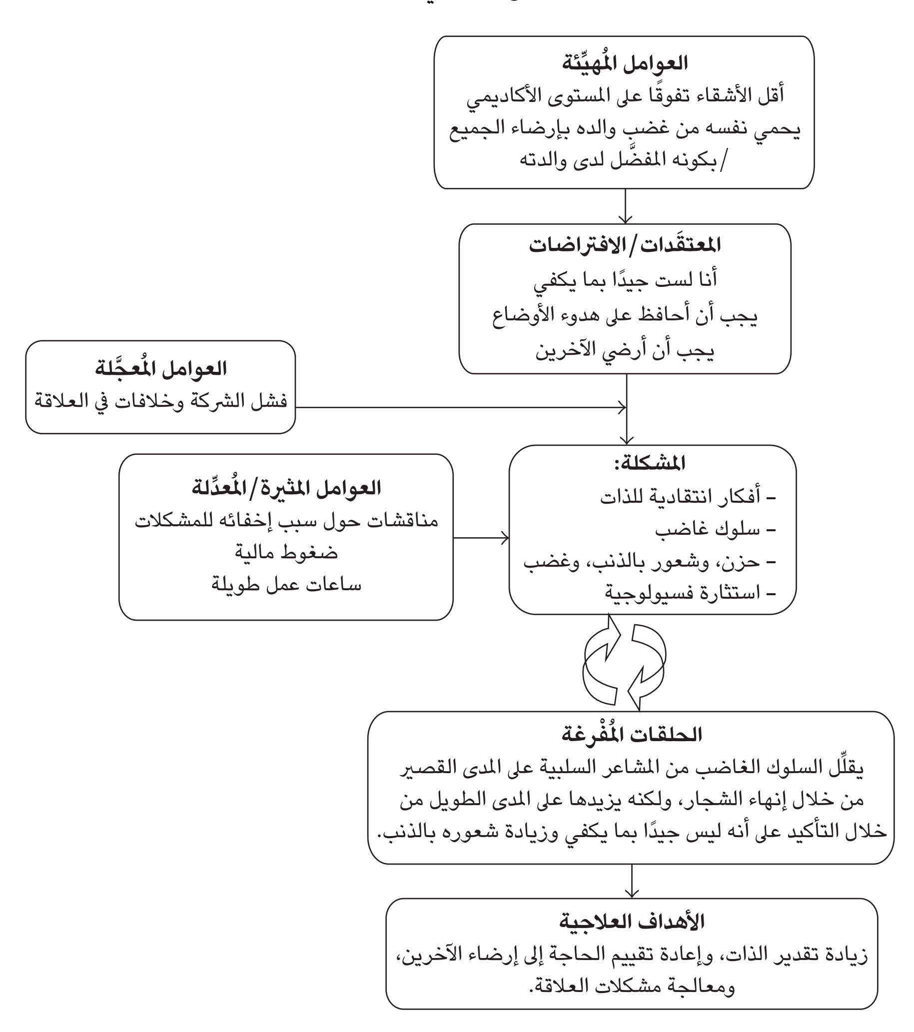
يسلِّط اقتباسُ شوارتس المأخوذُ من كتابٍ حول الأنظمة الغذائية، أي غير ذي صلة بالعلاج النفسي، الضوءَ على السبب الذي قد يجعل للتجربة المبكرة مثلَ هذا التأثير المحوري؛ فكلما حدثت التجربة مبكرًا، زادَ احتمالُ تفسيرها بطرقٍ قطبيةٍ غير ناضجة — أي: على أنها إما «جيدة» أو «سيئة» — وقلَّت قدرتُها على أخذِ السياق بعين الاعتبار، أو الموازنة بين وجهات النظر المتنافسة، مما يؤدي إلى تشكُّل معتقَدات مطلَقة.

كما رأينا، يطوِّر الفردُ بعد ذلك استراتيجياتِ تعايُش على الرغم من معتقداته الأساسية السلبية. قد تكون هذه القواعد أو القوانين الشخصية أو «الافتراضات»، بلغةِ العلاج السلوكي المعرفي، فعَّالةً بدرجة أو بأخرى. في الواقع، ربما كانت هذه القواعد فعَّالة للغاية في الظروف التي جرى تعلُّمها فيها، ولكنها قد تصبح غير فعَّالة في مواقفَ أخرى. على سبيل المثال، قد يطوِّر الطفل الذي يُساء معاملته الافتراضَ القائل، «يجب ألا أسمح لمشاعري بالظهور» كطريقةٍ فعَّالةٍ وضروريةٍ للتعامل مع والدٍ متقلِّب المِزاج. ومع ذلك،

كشخصٍ بالغ، ستكون هناك عواقبُ كبيرةٌ لعدم التعبير عن المشاعر مطلقًا، وهو ما قد يعرِّض الشخص لخطر الإصابة بالاضطراب الوجداني.

يوضح الشكل ٣-٤ مثالًا لمريضٍ تظل افتراضاته كامنةً، حتى استثارَتها الأحداثُ البيئية. لم يُصَب نيل (غُيِّرت الأسماءُ وتفاصيل الهُوية حفاظًا على السرية والخصوصية) بالاكتئاب حتى منتصف الستينيات من عمره، مع أنه كان قد شكَّل المعتقدات الأساسية ذات الصلة في مرحلة الطفولة. أُحيلَ نيل إلى العلاج السلوكي المعرفي بسبب الحالة المِزاجية السيئة (الاكتئاب) ونوبات الغضب الشديدة. لم يكن قد عانى الاكتئابَ أو الغضب المفرِط من قبل، وفشل شركةٍ كان يديرها مع زوجته هو ما استثار مشكلاته الحالية. عندما بدأت الشركة تتعرَّض لصعوباتٍ مالية، اعتقد نيل أنه سيكون قادرًا على التغلب على تلك الصعوبات في الوقت المناسب؛ ومن ثَم عمِل بجِدٍّ أكثرَ وأخفى حجمَ الصعوبات عن زوجته، ليحميَها من التوتر. ولكن تدريجيًّا، ازدادت الصعوبات المالية سوءًا، حتى لم يَعُد لدى نيل أيُّ خيارٍ سوى إغلاق الشركة، والكشف عن حجم الديون لزوجته. تسبَّب إغلاقُ الشركة وتغيُّر وضعهم المالي في إجبار نيل وزوجته على تأخيرِ خططِ تقاعدهما، وقبول كلٍّ منهما لوظيفةٍ لم يكن ليقبلها لولا ما حدث. وهو ما قد سبَّب أيضًا نشوب خلافاتٍ بينهما؛ كانت زوجة نيل مستاءةً للغاية لأنه أخفى عنها حجمَ المشكلات، وتساءلت عما إذا كان يُخفي أشياءَ أخرى عنها. خلال هذه المشاجرات، بدأ نيل يعاني غضبًا عارمًا، وكانت استجابته إما بالمغادرة غاضبًا أو برمي الأشياء. كان هذا السلوك ينهي الشجارَ، ولكنه لم يُسهم بشيءٍ يُذكَر في حل مشكلات العلاقة، وطوَّر لديه شعورًا أسوأ تجاه نفسه. كان السياق الحالي ذا صلةٍ أيضًا، من حيث إنه لو كان لنيل شريكةُ حياةٍ مختلفة، فلربما كانت مشكلتها في التكيُّف مع الظروف المتغيرة ستكون أقل، أو ربما كانت ستكون أكثرَ تفهمًا لسبب إخفائه للصعوبات. يعرض الشكل ٣-٤ صياغةً تخطيطية للصعوبات التي يعانيها نيل.

توضِّح صياغةُ حالة نيل كيف أنَّ المعتقَدات التي تشكَّلت في الطفولة، جعلته عُرضةً للمعاناة من المشكلات النفسية في وقتٍ لاحق من حياته. ومع ذلك، لم تُستَثَر هذه المعتقدات حتى نشأت الظروف البيئية التي استفزَّتها. في السابق، لم تتسبَّب هذه القابلية للتأثُّر في حدوثِ أي مشكلات، حيث تمكَّن من العيش ضمن قيود معتقَداته؛ فقد كان قادرًا على إرضاء الآخرين، والحفاظ على هدوء الأوضاع بما فيه الكفاية، حتى ظهرت مجموعةٌ من الظروف الصعبة للغاية. وعندئذٍ عَلِقَ في الحلقات المُفْرغة، حيث أدَّى ما فعله على المدى القصير لإدارة الموقف، إلى تفاقم المشكلة على المدى الطويل؛ فقد أدَّى سلوكه العدواني حينها إلى إنهاء الجدال، ولكنه طوَّر لديه شعورًا بالأسوأ تجاه نفسه على المدى الطويل.

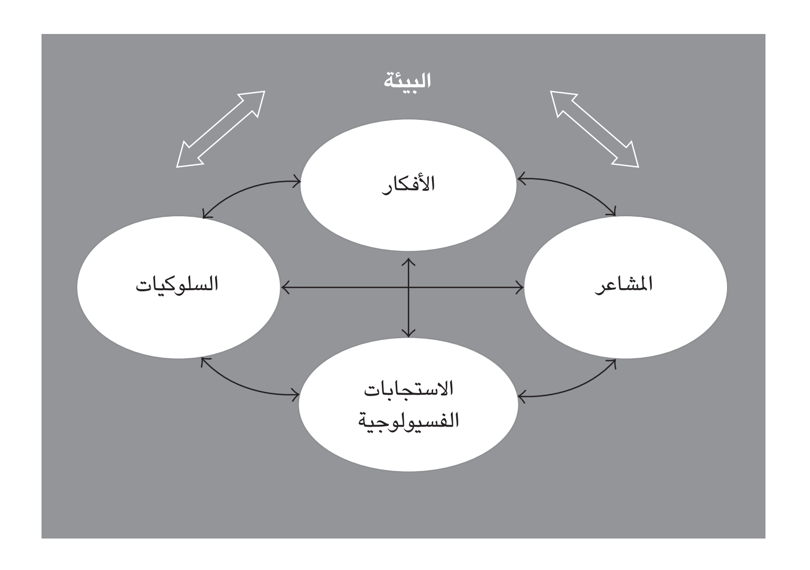


شكل ٣-٤: مخطط صياغة للصعوبات التي يعانيها نيل.

ما الذي يؤدي إلى استمرار المشكلة؟

يشتمل نموذج العلاج السلوكي المعرفي العام الموضَّح في الشكل ٣-٢ على كلٍّ من العوامل المُفجِّرة (ما تسبَّب في المشكلة) والعوامل المُحافِظة (ما يحافظ على استمرار المشكلة). فيما يتعلَّق بالعوامل المُحافِظة، يحدِّد النموذج أربعة عناصر رئيسية: الأفكار، والمشاعر،

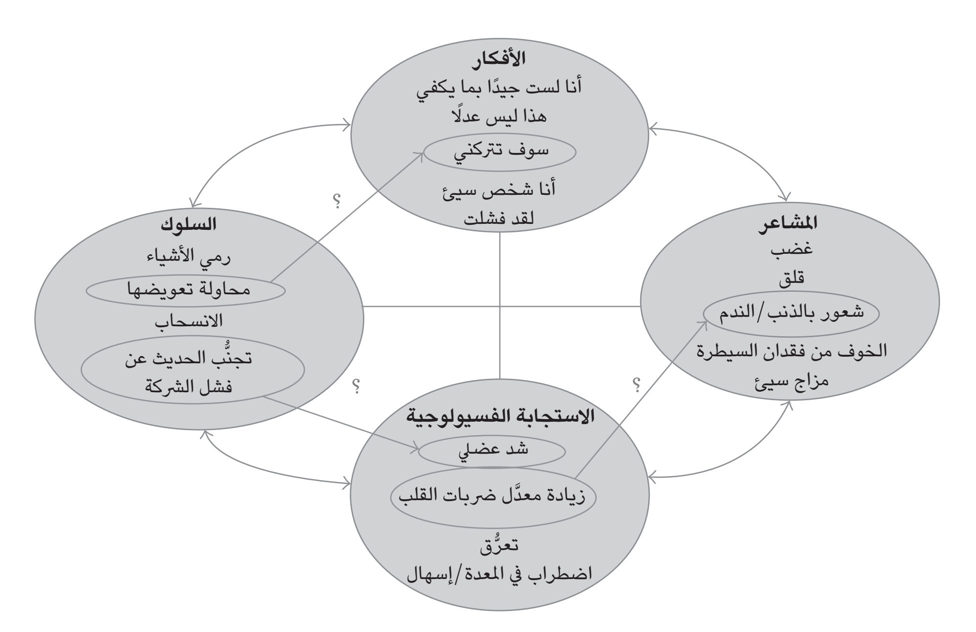
والسلوكيات، والاستجابات الفسيولوجية. تتفاعل هذه العناصر الأربعة أيضًا مع البيئة، التي تشمل المحيطَ الاجتماعي والثقافي للفرد. تأثير البيئة متبادَل؛ إذ يتأثَّر الفرد ببيئته، ولكنه أيضًا يؤثِّر فيها. على سبيل المثال، سيؤثِّر وجود الفرد في بيئة معادية على طريقة استجابته، وتفكيره، وشعوره، وتصرُّفه؛ فقد يؤدي إدراك الفرد أن محيطه عدوانيٌّ إلى زيادة احتمالية أن يكون ردُّ فِعله عدائيًّا أو عدوانيًّا، وهو ما سيؤثِّر بدوره على المحيطين به. يوضح الشكل ٣-٥ هذه العناصر في صورة «كعكة صليب ساخنة» (وقد سُمِّيت بذلك نسبةً إلى الكعكة الدائرية التي يُزيَّن سطحُها بشكل صليب، وهي من عادات الاحتفال بيوم «الجمعة العظيمة») كما هو موضَّح أدناه. يُعرف هذا النوع من الصياغة أيضًا باسم نهج «الأنظمة الخمسة» أو «النطاقات الخمسة»؛ حيث يكون النطاق الخامس هو تأثير البيئة.



شكل ٣-٥: نهج كعكة الصليب الساخنة لصياغة الحالة.

يتميز نهج كعكة الصليب الساخنة لصياغة الحالة بكونه بسيطًا وسهلَ الفَهْم. فهو يسرُد العناصر الأربعة الرئيسية للمشكلة، ويضعها في سياق الفرد وبيئته، مع تحديد العلاقات المتفاعلة بين المكونات المختلفة. لكن ما يفشل في فِعله هو استخلاص الحلقات المُفْرغة المحدَّدة؛ ففي هذا النوع من صياغة الحالة، يُنظر إلى كل شيء على أنه

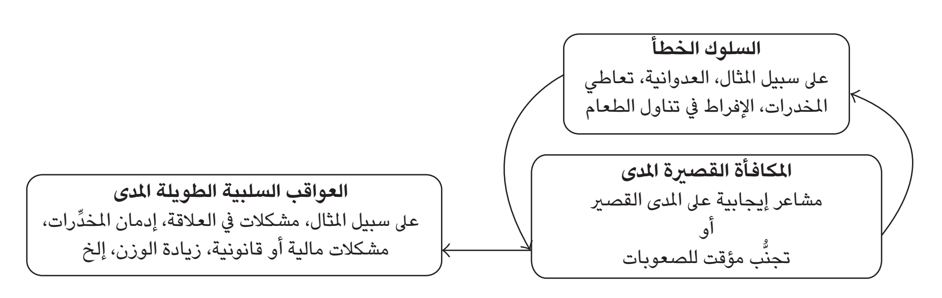
يؤدي إلى كل شيء، والعكس صحيح. عندما نفحص صياغةَ حالة نيل، يمكننا أن نرى أن الوضع مختلِف؛ فليس كل الأفكار والمشاعر والسلوكيات والأحاسيس الفسيولوجية مرتبطةً بعضها ببعض بشكلٍ متساوٍ (انظر الشكل ٣-٦). إن إلقاء الأشياء بدلًا من محاولةً تعويض زوجته هو الذي يدفعه إلى الاعتقاد بأنها قد تتركه. وبالمثل، فزيادة معدَّل ضربات القلب ليست مصدرًا لشعوره بالذنب أو الندم.



شكل ٣-٦: مشكلات نهج صياغة كعكة الصليب الساخنة، فيما يخص الصعوبات التي تواجه نيل.

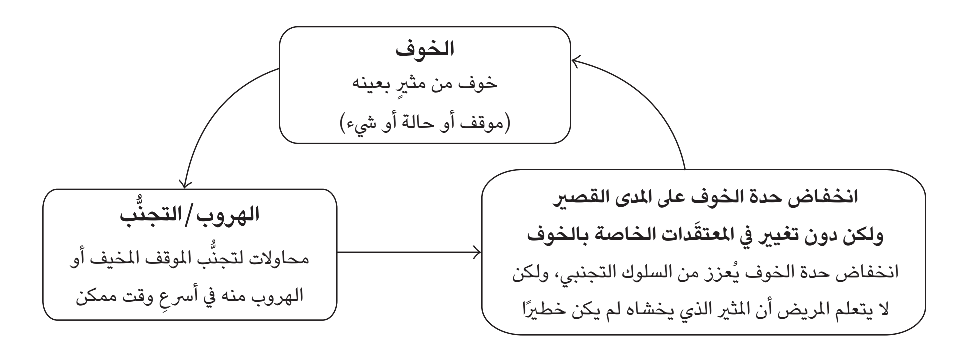
إنَّ الغرض من صياغة الحالة في العلاج السلوكي المعرفي ليس فقط توضيحَ كيفية تطوُّر المشكلة، ولكن أيضًا فحص العلاقات بين المكوِّنات المهمة لفهمِ ما يحافظ على استمرارها. إن تحديد هذه العلاقات هو الذي يمكِّن معالِجي العلاج السلوكي المعرفي من معرفةِ ما يجب تغييره، حتى لا يعاني الشخصُ من المشكلة بعد ذلك. ولذا، فالنوع الأجدى من صياغة الحالة في العلاج السلوكي المعرفي، سيشمل جميعَ العناصر الموضَّحة في الشكل ٣-٥، ولكنه سيذهب إلى حدٍّ أبعدَ، وذلك من خلال تنظيم العناصر الرئيسية للمشكلة (الأفكار والمشاعر والسلوك والاستجابات الفسيولوجية) في صورة «حلقات مُفْرغة». تحدِّد

الحلقات المُفْرغة، التي تُعرف أحيانًا باسم «الحلقات اللانهائية»، العلاقاتِ الوظيفية بين العناصر التي تعمل على استمرار المشكلة. غالبًا تكون الأفعال التي يتخذها الفرد لمحاولة حلِّ المشكلة، هي ما تسهم في استمرار المشكلة عن غير قصد. على سبيل المثال، ما كان نيل يفعله على المدى القصير قد أدَّى، دون قصد، إلى استمرار المشكلة على المدى الطويل، كما هو موضَّح في الشكل ٣-٧.



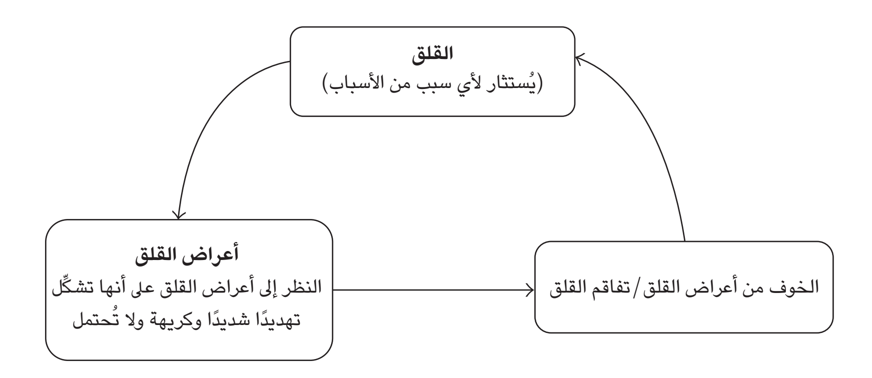
شكل ٣-٧: دورة تعزيز قصيرة المدى.

يمكن أن يعمل التجنُّب بطريقة مماثلة، من خلال تجنُّب المثيرات التي تجعله قلقًا، يشعر الفرد بتحسُّن على المدى القصير، ولكن يُبقي السلوك التجنُّبي على قلقه، فهو لا يكتشف أبدًا أن الشيء الذي كان قلقًا بشأنه لم يكن خطيرًا في الواقع، أو على الأقل ليس خطيرًا كما كان يخشى أن يكون (انظر الشكل ٣-٨).



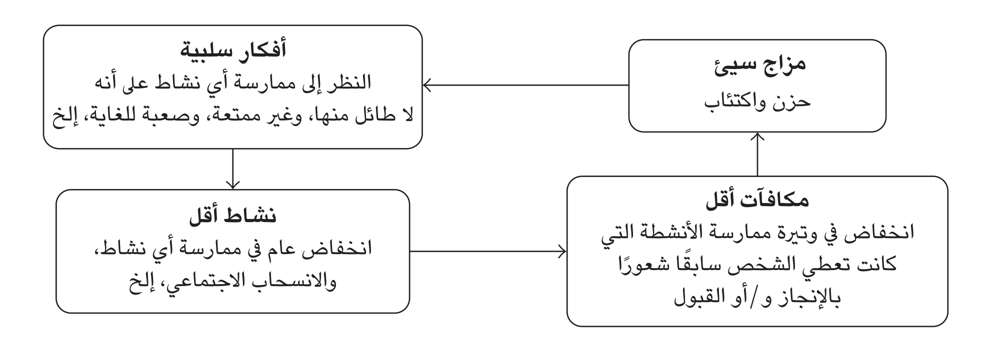
شكل ٣-٨: كيف يؤدي التجنُّب إلى استمرار الخوف.

تقدِّم الأشكال أدناه أمثلةً إضافية للحلقات المُفْرغة النموذجية، التي تجعل الناسَ «عالقين» في أنماطهم الحالية من التفكير والشعور والتصرف. يصف الشكل ٣-٩ حلقةً مُفْرغةً شائعةً في القلق، حيث يُنظر إلى أعراض القلق نفسها على أنها تهديد، مما يؤدِّي إلى تفاقم القلق وتزايد إدراك التهديد، ومن ثَم، المزيد من القلق المتفاقم. تُعَد هذه إحدى الطرق التي تُحدِث بها الاستجابات الفسيولوجية تغييراتٍ في الأفكار والمشاعر والسلوكيات.

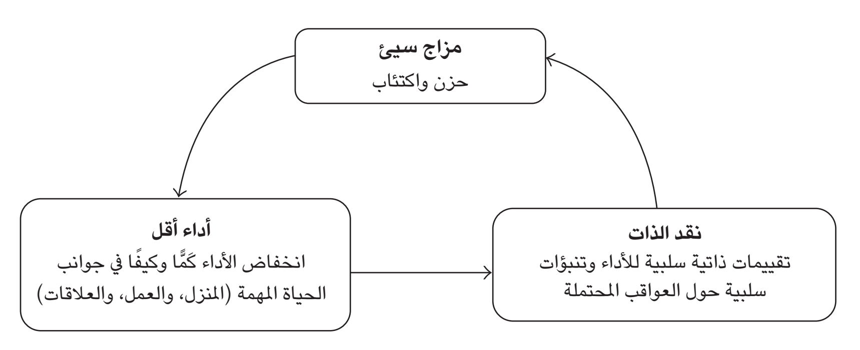


شكل ٣-٩: الخوف من الخوف نفسه بوصفه حلقة مُفْرغة.

ويوضح الشكلان ٣-١٠ و٣-١١ الحلقات المُفْرغة الأكثر شيوعًا في الاكتئاب الناجم عن القلق؛ لأنها تعمل على سوء الحالة المزاجية.

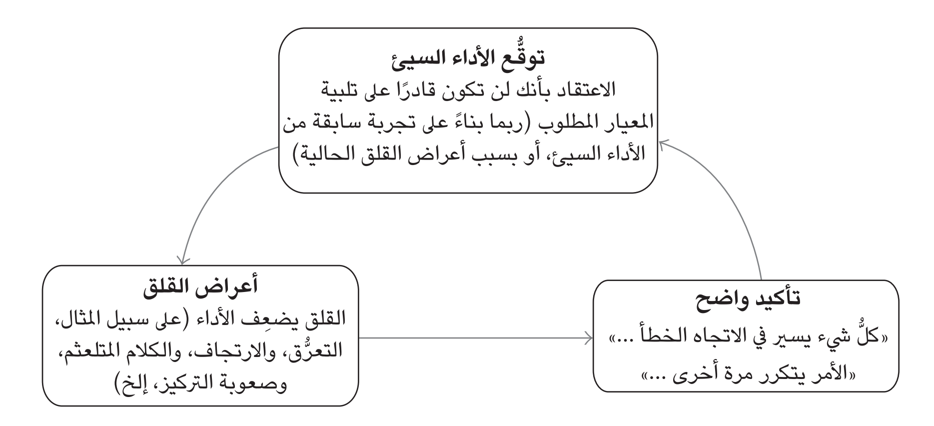


شكل ٣-١٠: انخفاض النشاط والمكافآت يساعد على استمرار المزاج السيئ.

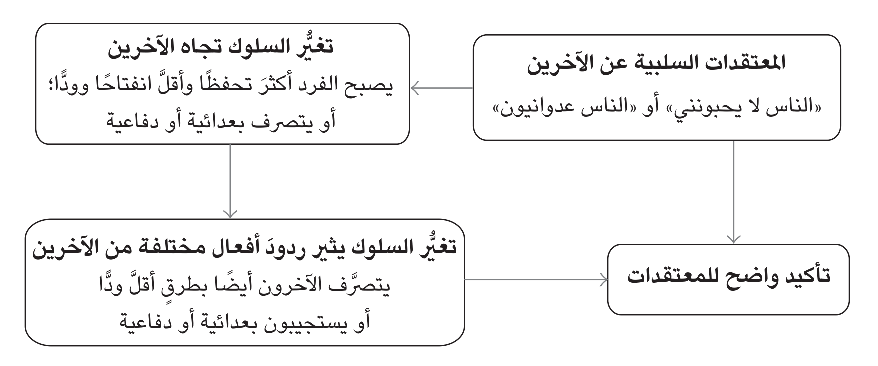


شكل ٣-١١: نقد الذات يساعد على استمرار المزاج السيئ.

ومن الجدير بالذكر أيضًا أن الإيمان بمعتقَدٍ ما في بعض الأحيان، يمكن أن يزيد في الواقع من احتمالية تحقُّق هذا المعتقَد على أرض الواقع. كما ذكرنا سابقًا، فالاعتقاد بأنك لن تنجح قد يقودك إلى بذل جهدٍ أقل، أو عدم المثابرة، أو العزوف عن طلب المساعدة عند مواجهة المصاعب؛ وبذلك يصبح المعتقَد نبوءةً ذاتية التحقُّق. وبالمثل، فالاعتقاد بأنك غير محبوبٍ يمكن أن يؤديَ بك إلى التصرُّف بطرقٍ أقلَّ لطفًا؛ ومن ثَم تصبح محبوبًا بصورةٍ أقل. يمكن أن ينطبق الشيء نفسه على القلق بشأن الأداء، أو فيما يتعلَّق بالمعتقَدات عن الآخرين (انظر الشكلَين ٣-١٢ و٣-١٣).



شكل ٣-١٢: الحلقة المُفْرغة الخاصة بالقلق بشأن الأداء.



شكل ٣-١٣: الحلقة المُفْرغة الخاصة بالنبوءة الذاتية التحقق.

وختامًا، الغرض من صياغة الحالة في العلاج السلوكي المعرفي، هو محاولة فَهْم كيفية تفاعل العناصر الرئيسية (الأفكار والمشاعر والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية) بعضها مع بعض، بصورةٍ تُبقي على الصعوبات التي يواجهها الفرد في إطار بيئته الخاصة، وسياقه الاجتماعي الثقافي. بمجرَّد الوصول إلى فَهْم أولي، ينتقل ممارس العلاج السلوكي المعرفي إلى استخدام هذا الفَهْم لتحديد أين سيتدخل؛ لتقريرِ ما يجب تغييره حتى لا يظل الشخص «عالقًا» في الحلقات المُفْرغة التي تعمل على استمرار مشكلاته. وقبل أن نتناولَ الأساليب التي يستخدمها العلاج السلوكي المعرفي لتحقيق ذلك، سننظر أولًا في قوام العلاج السلوكي المعرفي؛ أي سِماته وهيكله، الذي يشكِّل الخلفية التي يجري على أساسها تنفيذ أساليب العلاج السلوكي المعرفي.

الفصل الرابع

سِمات العلاج السلوكي المعرفي وهيكله

مثل جميع العلاجات، العلاج السلوكي المعرفي له أسلوبه الخاص. فمقارنةً بأشكال العلاج النفسي الأخرى، عادةً ما يكون العلاج السلوكي المعرفي أكثرَ تركيزًا على المشكلات، وأكثر تنظيمًا وإيجازًا. ومع ذلك، فالعديد من عناصرِ أسلوبه ونظامِه مشتركٌ مع معظم أشكال العلاج. على سبيل المثال، اللقاءات الأسبوعية التي تكون مدتُها ساعة. وبالمثل، تدرك معظم العلاجات النفسية أهميةَ وجود علاقة جيدة بين المريض والمعالِج، وهي ما يُطلَق عليها اسم «العلاقة العلاجية» أو «التحالف العلاجي». سلَّط عالِم النفس الأمريكي كارل روجرز الضوءَ على أهمية «الشروط الأساسية» التي تتمثَّل في التعاطف، والصدق، والاحترام الإيجابي غير المشروط في تكوين علاقات علاجية فعَّالة. وفي حين أن بعض الأساليب العلاجية تنظر إلى العلاقة العلاجية على أنها الآلية الأساسية للتغيير، فالعلاج السلوكي المعرفي ينظر إليها على أنها ضرورية، ولكنها ليست كافية وحدَها لتحقيق التغيير المنشود. بعبارة أخرى، دون علاقة علاجية جيدة، من المستبعَد أن يتحقَّق التغيير الإيجابي، ولكن العلاقة العلاجية الجيدة وحدَها لن تؤديَ قطعًا إلى تغيير علاجي. ففي النهاية، الأساس النظري الذي يقوم عليه العلاج السلوكي المعرفي هو أن التغيير يتحقَّق من خلال كسرِ الحلقات المُفْرغة الفكرية، والشعورية، والفسيولوجية، والسلوكية التي يُفترض أنها تُبقي على المشكلة (المشكلات) مستمرة. يقدِّم هذا الفصل نظرةً عامة على العناصر الرئيسية، لأسلوب العلاج السلوكي المعرفي وكيفية استخدامها. وللحصول على مقارنةٍ أكثرَ تفصيلًا بين العلاج السلوكي المعرفي وأساليب العلاج النفسي الأخرى، انظر كتاب «العلاج النفسي: مقدمة قصيرة جدًّا».

قصير المدى ومحدود زمنيًّا

إحدى السمات المميِّزة للعلاج السلوكي المعرفي هي أنه محدود زمنيًّا نسبيًّا، كونه قصيرَ المدى نسبيًّا، حيث يقدِّم معظم المعالجين عادةً ما يتراوح بين ست جلسات وعشرين جلسةً من العلاج السلوكي المعرفي. هذا على عكس بعض مناهج التحليل النفسي التي يمكن أن تكون مفتوحة المدة. انتُقدت الطبيعة القصيرة المدى للعلاج السلوكي المعرفي؛ إذ اعتُبِر «إسعافًا مؤقتًا» أو أنه لا يعالج مشكلاتٍ أعمق. ومع ذلك، فهذه الطبيعة هي ما تجعل العلاج السلوكي المعرفي خيارًا جذابًا، لكلٍّ من المرضى والمنظَّمات التي تُموِّل خِدْمات العلاج النفسي. عادةً ما يكون التدخُّل التقليديُّ للعلاج السلوكي المعرفي — فيما يخصُّ الفرد وليس المجموعة (تميل الجلسات الجماعية إلى أن تكون أطول) — ما بين اثنتي عشرة وعشرين جلسة تتراوح مدةُ كلٍّ منها ما بين خمسين دقيقة وساعة، وتُعقَد أسبوعيًّا. في حال محدودية الموارد، تُقدَّم جرعاتٌ أقلُّ من العلاج في عدد جلساتٍ أقلَّ (على سبيل المثال، من ستٍّ إلى عشر جلسات) أو جلساتٍ أقصرَ. يمكن أن تكون فترات العلاج الأقصر على القَدْر نفسِه من الفعالية، خاصةً لمن يعانون مشكلاتٍ أخفَّ.

يُجادل منتقِدو العلاج السلوكي المعرفي بأن طبيعته المحدودة زمنيًّا تعني أنه قد لا يكون مناسبًا للعديد من المرضى، مثل مَن يعانون مشكلاتٍ أكثرَ حدةً أو تعقيدًا، أو مَن يكافحون من أجل التعبير عن أنفسهم أو التركيز. في الواقع، تشير الأبحاث إلى أن أولئك الذين يعانون مشكلاتٍ حادة، والذين يعانون مشكلاتٍ أخرى ذات صلةٍ مثل اضطراب الشخصية؛ قد يحتاجون إلى أكثرَ من عشرين جلسة ليحصلوا على الفائدة الكاملة. وقد يلزم تعديلُ طولِ وتواتر جلسات العلاج السلوكي المعرفي، وفقًا لما يظهر على الفرد من أعراضٍ أو وفقًا لحاجته السريرية. على سبيل المثال، قد يتطلَّب إجراء تدخُّلٍ علاجيٍّ معيَّن، مثل التعرُّض لبيئةٍ معينة، جلسةً أطول. أو قد تعني جوانب من الأعراض الظاهرة على المريض، مثل ضعف التركيز بسبب الاكتئاب الشديد، أن الجلسات الأقصر والأكثر تواترًا تكون أكثرَ فعالية. يمكن أيضًا تعديل جدول الجلسات وفقًا لوضع المريض، حيث غالبًا ما تكون الجلسات أكثرَ تواترًا في بداية برنامج العلاج، خاصةً لمن يعانون مشكلاتٍ أكثرَ حدة، وتصمَّم بحيث تُعقد جلسة كل أسبوعين أو شهريًّا مع اقتراب المريض من التعافي، وتمكُّنه من استخدام مهارات العلاج السلوكي المعرفي التي تعلَّمها بشكل مستقلٍّ نسبيًّا.

منظَّم وتعاوني

العلاج السلوكي المعرفي هو نهجٌ منظَّم، سواء داخل الجلسات أو على مدار مدة برنامج العلاج. يضع كلٌّ من المريض والمعالج نظامًا عند بداية كل جلسة، ويتعاونان معًا لوضع خطة عمل للجلسة. عادةً ما تكون خطةُ عمل الجلسة عبارةً عن مزيجٍ من عنصرٍ أو عنصرَين يخصان تلك الجلسة بعينها (مهمة معيَّنة جرى تحديدها على أنها محور تركيز مفيد للجلسة) بالإضافة إلى العناصر القياسية التي يجري تناولها في كل جلسة؛ التحقُّق من الحالة المزاجية الحالية للمريض، ومراجعة الواجب المنزلي السابق، وتقييم الجلسة السابقة، وتحديد الواجب المنزلي الجديد، وتقييم الجلسة الحالية. تنطبق الطبيعة المنظَّمة للعلاج السلوكي المعرفي عَبْر برنامج العلاج أيضًا. في المراحل المبكِّرة، ينصبُّ التركيز على جَمْع المعلومات، وتحديد الأهداف، وتطوير تحالفٍ علاجي، والتعرُّف على نموذج العلاج السلوكي المعرفي وقبوله. تتضمَّن المرحلة الوسطى تطوير صياغةٍ خاصَّةٍ بالعلاج السلوكي المعرفي للمشكلة، واستخدام ذلك لمعالجة الأعراض الحالية. قد تنظر المراحل اللاحقة من العلاج في المعتقَدات ذات الصلة، والتخطيط للوقاية من الانتكاس. لكن يوجد تداخلٌ بين هذه المراحل (انظر الشكل ٤-١)، ويوضح الشكل ٤-٢ الطبيعةَ التكرارية للعلاقة بين التقييم والعلاج في العلاج السلوكي المعرفي.

المبدأ الأساسي الآخر لأسلوب العلاج السلوكي المعرفي هو التعاون؛ فأي جلسة أو برنامج علاج سلوكي معرفي يجب أن يكون عملًا تعاونيًّا بين المريض والمعالِج. يقول مَثلٌ صيني، «أخبِرني سأنسى. علِّمني سأتذكر. أشرِكني سأتعلَّم». ومن ثَم فالمعالِج يشجِّع المريض على المشاركة النشطة على كل المستويات. يجمع كلٌّ من المعالِج والمريض مصادرَ الخبرة الخاصة بكلٍّ منهما، في محاولةٍ لفهم وتغيير المشكلة (المشكلات) التي يريد المريضُ تلقي المساعدة في حلها. يتعاون المريض والمعالِج في جميع مراحل العلاج: في التقييم وصياغة الحالة لتحديد وفهم المشكلة (المشكلات)؛ وفي تحديد أهداف العلاج؛ وفي وضع خطة عمل للجلسات؛ وفي تصميم مهامِّ العلاج والمهام بين الجلسات («الواجب المنزلي»)؛ وفي تلخيص الفَهْم المشترَك لما نُوقش؛ وفي إنهاء العلاج.

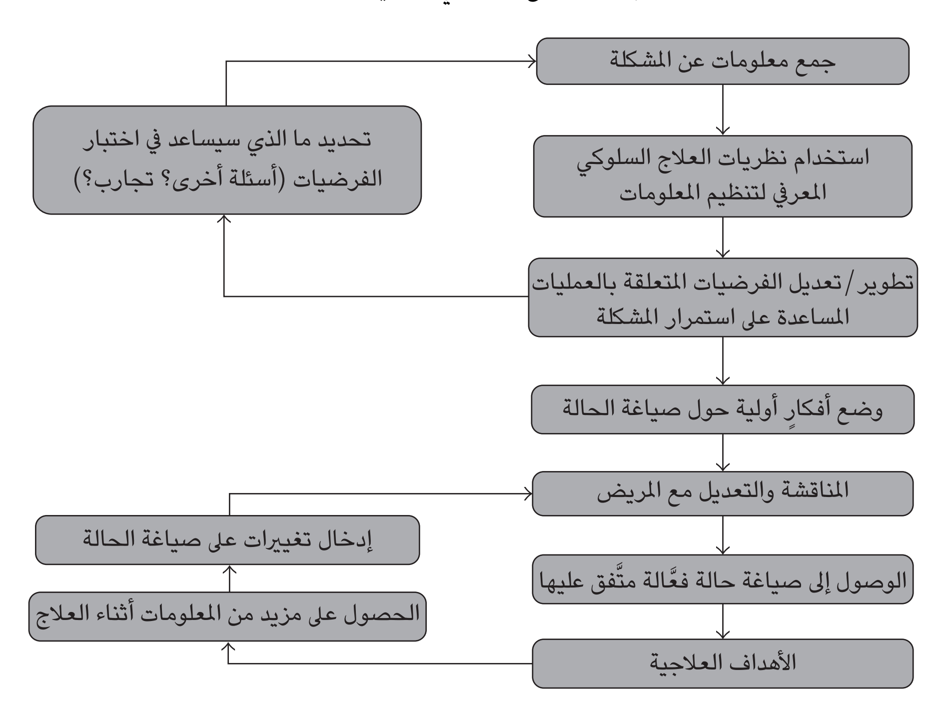
قد تتناقض الطبيعة التعاونية للعلاج السلوكي المعرفي مع النموذج الطبي أكثرَ؛ حيث يقوم الطبيب بإرشاد المريض بشأنِ ما يجب عليه فِعله ويذعن المريض، بدرجةٍ أكبر أو أقل، للتعليمات. وهو ما يعني أن المرضى قد لا يتوقَّعون تقديمَ مساهمات فعَّالة كهذه،

رقم الجلسة									
١	٢	٣	٤	٥–١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	جلسات المتابعة الأخرى
ت/ص	ت/ص	ت/ص							
ق/هـ	ق/هـ	ق/هـ	ق/هـ						
ح.	ح.	ح.	ح.						
		أ.ت.	أ.ت.	أ.ت.	أ.ت.	أ.ت.	أ.ت.		
				م.ص.	م.ص.	م.ص.	م.ص.	م.ص.	
						م.ك.	م.ك.	م.ك.	م.ك.

ت/ص – التقييم وصياغة الحالة
ق/هـ – تقديم نموذج العلاج السلوكي المعرفي وتحديد الأهداف
ح. – بناء تحالف علاجي
أ.ت. – تطبيق أساليب تغيير فعَّالة (انظر الفصل الرابع)
م.ص. – العمل على المعتقَدات ذات الصلة مثل الافتراضات غير الفعَّالة والمعتقَدات الأساسية
م.ك. – منع الانتكاس

شكل ٤-١: الأنشطة المعتادة عَبْر فترة من جلسات العلاج السلوكي المعرفي.

وقد يحتاجون إلى تلقي التشجيع من معالِجهم للقيام بذلك. غالبًا ما يقدِّم المعالِج توجيهًا أكبرَ في الجلسات الأولى، ولكن يُتوقَّع من المريض تحمُّل المزيد من المسئولية في الجلسات، مع تطوُّر مهاراته الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي على مدار برنامج العلاج. تُستخدم الأساليبُ السقراطية والاكتشاف الموجَّه لتعزيز التعاون. فبدلًا من إخبار المريض عن طبيعة المشكلة، يستخدِم معالجو العلاج السلوكي المعرفي الأسئلةَ السقراطية، لاستكشاف وجهات نظرٍ بديلةٍ حول هذه المشكلة. على سبيل المثال، السؤال عما إذا كانت هناك طرقٌ أخرى لرؤية الموقف، أو ما إذا كانت وجهةُ نظر معينة تنطبِق على جميع المواقف، أو كيف كان سينظر المريض إلى الموقف إذا كان أحدُ أحبائه فيه، أو كيف كان سيرى هذا الموقف قبل أن يصاب بالاكتئاب. لتعزيز التعاون، يستخدِم معالجو العلاج السلوكي المعرفي أيضًا تلخيصاتٍ متكررة، ويطلبون تقييمَ المريض بانتظامٍ للتأكُّد من أن لدى كلَيهما فَهْمًا مشتركًا للمشكلات ذات الصلة. في نهاية الجلسة، يطلب المعالِج عادةً من المريض تلخيصَ فَهْمه لما تناولاه في الجلسة، وكيف سيستخدمه، وما إذا كان يجد أيَّ شيءٍ مفيدًا أو غير مفيدٍ بشكلٍ خاص فيما يخص الجلسة. من المهم بوجهٍ خاصٍّ أن تكون على درايةٍ بأي تحفُّظاتٍ لدى المريض، حيث إن تلك التحفظات قد لا تؤدي إلى إعاقة التقدُّم فحسب، بل قد تتسبَّب أيضًا في تدمير العلاقة العلاجية. إذا لم يكن المريض يشعر بأن المعالج قد فهِم وجهةَ نظره تمامًا، فمن غير المرجَّح أن يرى أن اقتراحات المعالِج ذاتُ صلة أو قد تكون



شكل ٤-٢: الطبيعة التكرارية للعلاقة بين التقييم وصياغة الحالة والعلاج، في العلاج السلوكي المعرفي.

مفيدة. إن استخدام التقييم المتبادل يتحقَّق من أن المعالِج والمريض قد فهِم كلٌّ منهما الآخر، وأنهما متفقان ويتشاركان المسارَ نفسَه في مواجهة المشكلة.

تجريبي

العلاج السلوكي المعرفي هو نهجٌ تجريبي، يُطبق سواء داخل الجلسات الفردية أو عبر برامج العلاج ككلٍّ. على المستوى الأساسي الأبسط، هو يقوم على فكرة الممارسة القائمة على الدليل؛ أي: استخدام أفضل دليل بحثي حالي لاتخاذ القرارات فيما يتعلق برعاية كل مريض على حدة. الهدف من وجود المبادئ التوجيهية الوطنية هو تقديم النصح لاختصاصيي الرعاية الصحية حول أفضل العلاجات المثبتة المناسبة لكل حالة. في المملكة المتحدة، يقدِّم المعهد الوطني للصحة وجودة الرعاية توصياتٍ، حول أي التدخُّلات يحظى

بأفضل دليلٍ بحثيٍّ فيما يخصُّ حالةً معينة، وهو يُوصِي باستخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج مجموعةٍ من المشكلات، بما في ذلك القلق والاكتئاب، وكذا اضطرابات الأكل، واضطراب ما بعد الصدمة، والذهان والاضطراب الثنائي القطب. وبالمثل، تقدِّم مؤسسة كوكرين الخيرية المستقلة مراجعاتٍ لأفضل الأدلة البحثية الحالية على مستوى العالم، لإرشاد الممارسين في اختيار التدخُّلات التي سيقومون بها.

في حين أن العلاج السلوكي المعرفي تجريبيٌّ؛ من حيث إنه يخضع للتقييم من جانب الأبحاث، فمن الجدير بالذكر أن الأبحاث ليسَت مثالية. بينما تعتبر التجارب العشوائية المضبوطة هي «المعيار الذهبي» في أبحاث النتائج، فإن لها مشكلاتها أيضًا، ويمكن أن تكون معيبةً أو غيرَ حاسمةٍ أو صعبة التفسير. تقسِّم التجربة العشوائية المضبوطة التقليدية المرضى بشكلٍ عشوائي إلى مجموعتَين أو أكثر (على سبيل المثال، مجموعة العلاج «أ» مقابل مجموعة العلاج «ب» مقابل المجموعة الضابطة/مجموعة العقار الوهمي) وتقارن نتائجها. تتلقَّى «المجموعة التجريبية» العلاج الجاري تقييمه، بينما تقدِّم المجموعة أو المجموعات الأخرى شكلًا من أشكال المقارنة («المجموعة الضابطة»). لتجنُّب التحيز، يُوَزَّع المشاركون بشكلٍ عشوائي على المجموعات، والأفضل أن يكون أولئك الذين يُقيِّمون النتائج «يجهلون» المجموعة التي ينتمون إليها. ومع ذلك، من الصعب أن يكونوا يجهلون وَضْع العلاج فيما يخصُّ العلاجات النفسية، وبالمثل لا يوجد علاج وهمي واضح يمكن أن يحاكي العلاجَ النفسي الخاضع للتقييم. كما تستغرق التجاربُ العشوائية المضبوطة وقتًا طويلًا، ويكون إجراؤها مكلِّفًا، كما أن جودتها متغيرة، وهذا بوجود عوامل تشكِّل كلها مصادرَ للتحيز، مثل ولاء الباحث لمنهجٍ بعينه، وكفاءة المعالِج، والمتابعة غير الكافية على المدى الطويل، ومعدَّلات الانقطاع المتغيرة، وفقدان المشاركين أثناء البحث.

يهدف العلاج السلوكي المعرفي أيضًا إلى أن يكون تجريبيًّا في استخدام المنهج العلمي في العلاج، سواء في الجلسات الفردية أو عَبْر برنامج العلاج ككل. في المراحل الأولية، تكون عمليةُ التقييم ووضع صياغة الحالة والعلاج الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي؛ عمليةً تكرارية حيث يجري اقتراح الصياغة كفرضيةِ عملٍ، حولَ ما قد أدَّى إلى تطوُّر مشكلة (مشكلات) المريض، وما يُبقي عليها مستمرة. بعد ذلك، تُعَدَّل هذه الصياغة وفقًا للمعلومات الإضافية التي يحصل عليها المعالج أثناء العلاج.

وبالمثل، يَستخدم العلاج السلوكي المعرفي المنهجيةَ العلمية في أساليبه، حيث يُنظر إلى كل معتقَدٍ على أنه فرضية، وغالبًا ما يكون الغرض من العلاج هو اكتشاف أيٍّ من

الفرضيتَين البديلتَين الأكثرُ «ملاءمة». يمكن التعبير عن هذا في صورة «النظرية «أ» في مقابل النظرية «ب»»:

النظرية «أ»	النظرية «ب»
مشكلتي أنني في خطر دائم	مشكلتي هي اعتقادي بأنني في خطر دائم
ستقع كارثة بكل تأكيد ما لم أقُم بطقوس بعينها، وأتجنَّب مواقفَ معينة	لقد منعني فِعل طقوس بعينها وتجنُّب مواقفَ معينة من اكتشاف أن الكارثة لن تحدُث، حتى لو لم أفعل هذه الأشياء. هذا بالإضافة إلى أن القيام بها مرهِق، ويمنعني من عيش حياتي بالطريقة التي أريدها.

بمجرد تحديد نسخة فردية خاصة من النظرية «أ» والنظرية «ب»، يمكن أن يركِّز العلاج على اكتشاف أو اختبار أيٍّ من هذه الفرضيتَين المتنافستَين يقدِّم سرديةً أكثرَ دقةً ونفعًا لتجربة المريض. يُنظر إلى كل معتقَد أو فكرة، يعبِّر عنها المريض أو المعالِج، على أنها فرضية قابلة للاختبار. على سبيل المثال، إذا كان المريض يعبِّر عن معتقَدات خاصة بالنقد الذاتي، فسيشجِّع المعالِج المريضَ على البحث الدءوب عن أدلةٍ عكس هذه المعتقَدات، وسيدمج ذلك لتشكيل رؤيةٍ أوسع.

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي تجريبيًّا أيضًا في اعتماده على القياس. يهدف العلاج السلوكي المعرفي سواء داخل الجلسات أو على مدارها، إلى قياس الأهداف ذات الصلة لتقييم التغيير. على سبيل المثال، إذا كان المعالِج والمريض يعملان على إعادةِ تقييم معتقَد معيَّن، والذي يُفترض أنه وثيق الصلة بصعوبات المريض الحالية، فسيقومان بتقييم التغيير من خلال تقييم درجة اقتناع المريض بهذا المعتقَد. يُستخدم هذا المقياس لتقييم التغيير خلال جلسةٍ بعينها، قبل وبعد تنفيذ تدخُّل مستهدَف معيَّن. على المستوى الأساسي، قد تكون هذه المقاييسُ تقييماتٍ من صفر إلى ١٠ للمشاعر، أو الاقتناع الراسخ بالمعتقَد، أو الحالات الفسيولوجية، أو الدوافع السلوكية الملحَّة. على مستوًى أكثرَ تعقيدًا، قد يستخدِم معالجو العلاج السلوكي المعرفي أساليبَ قياسية نفسية معيارية مُثْبَتَة. فتهدف الاستبيانات المعيارية إلى قياسِ شدة الأعراض لجميع اضطرابات الصحة العقلية الشائعة، وعادةً ما يطلب معالِجو العلاج السلوكي المعرفي من المرضى إكمالَها بصورة منتظمة. تُستخدم هذه الاستبيانات إما لتحديدِ شدة الأعراض (على نحوٍ يشبه قياسَ

درجة الحرارة) أو على نحوٍ أكثرَ شيوعًا لتقييمِ ما إذا كانت الأعراض تتحسَّن مع تقدُّم العلاج.

تُعَد الاستبيانات والمقاييس الأخرى التي تعتمد على الورقة والقلم، جيدةً في قياس الجوانب المعرفية أكثرَ مثل درجة الاعتقاد أو شدة الأعراض، ولكن بالنظر إلى تركيزِ العلاج السلوكي المعرفي المساوي على السلوك، فمن المفيد أيضًا أن يكون هناك مقاييسُ سلوكية. قد تكون هذه المقاييس تقييماتٍ لمدى تَكرار حدوثِ سلوكٍ ما (مثل الأكل بنَهم أو محاولة التفريغ السريع لما تناوله الشخص من طعام)، أو مقدار الوقت المستغرَق في سلوكٍ ما (مثل الفحص المتكرِّر للأشياء أو نتف الشعر)، أو عدد المرات التي يُتَجنَّب فيها سلوكٌ ما. من أجل دقة القياس، كلما اقتربنا من وقتِ حدوث السلوك أو التفكير، كان التسجيل أكثرَ دقة. ومن ثَم من المهم أن يكون لدى المريض أداةٌ محمولة وغير لافتةٍ للنظر، لتسجيل الجوانبِ ذات الصلة بين الجلسات، والتي يمكن أن تكون أيَّ شيءٍ، من تسجيل عدد مرات الحدوث في دفتر يومياتٍ إلى تسجيل الملاحظات ورقيًّا أو إلكترونيًّا.

يركِّز على المشكلة/الهدف

على العكس من بعض أشكال العلاج النفسي، لا يركِّز العلاج السلوكي المعرفي بشكلٍ خاص على شخصية الفرد أو تجاربه. ولكنه «يركِّز على المشكلة»؛ أي إنه يركِّز على المشكلة (المشكلات) المحدَّدة التي يريد المريض حاليًّا المساعدة فيها (بافتراض أنه من الأخلاقي القيام بذلك). وهو ما قد يثير مخاوفَ من أن العلاج السلوكي المعرفي قد يكون مفرطَ التبسيط أو اختزاليًّا، أو يفشل في معالجة مشكلات الشخص «بكل جوانبه». إن العلاج السلوكي المعرفي لا يحاول عادةً التعاملَ مع كل مشكلات الشخص. بل يهدف إلى مساعدة الفرد على إجراء تغييرات في مجالاتٍ بعينها من طريقة عيشه. كجزء من التقييم، يعمل المريض والمعالِج معًا للوصول إلى فَهْم مشترك لما يريد المريض المساعدة فيه، ويقومان بتحديد المشكلة (المشكلات) المراد التعامل معها. وكلما كان هذا الفَهْم أكثرَ تفصيلًا وتحديدًا، كان أكثرَ فائدة في توجيه العلاج. ولذا، بدلًا من مجرد القول إن المشكلة هي الاكتئاب، يعمل كلٌّ من المعالِج والمريض على وَضْع «قائمة بالمشكلات» الخاصة بجوانب الاكتئاب التي تزعج المريض. غالبًا ما تكون القائمةُ مجموعةً من أعراض المشكلة وعواقب تلك الأعراض. مثالًا على هذا، انظر المربع أدناه.

قائمة مشكلات خاصة بالاكتئاب

- الشعور بالحزن. في المتوسط، الشعور بالحزن بنسبة ٨٠ في المائة في الصباح و٦٠ في المائة في وقت لاحق من اليوم.
- البقاء في الفراش لفتراتٍ طويلة (اثنتا عشرة إلى ست عشرة ساعة في اليوم).
- التوقف عن العمل والمعاناة من صعوبات مالية.
- عدم رؤية الأصدقاء. العزوف عن الذهاب إلى نادي الكِتاب أو ممارسة البولينج.
- صعوبة في التركيز. العزوف عن القراءة.
- عدم الاستمتاع بأي شيء (مشاهدة التلفزيون، القراءة، رؤية الأصدقاء، حل الألغاز).
- تناول طعام سريع التحضير رديء الجودة.
- التخلف عن أداء الأعمال المنزلية (الغسيل، التنظيف، دفع الفواتير).
- عدم ممارسة الرياضة والحد الأدنى من تمشية الكلب.

بمجرد تحديد قائمة المشكلات، يعمل المعالِج والمريض معًا لتحديد أهداف العلاج. وهو ما يتضمَّن تحديدَ نطاق العلاج، وتحديدَ ما يريد المريض تحقيقه بالضبط بنهاية العلاج؛ على سبيل المثال، أن يكون أقلَّ اكتئابًا. ومع ذلك، فأهداف العلاج، مثل معظم الأهداف، تكون أكثرَ فائدة عندما تكون «ذكية» (أي: محدَّدة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، وملائمة، ومحدَّدة بإطار زمني).

لذا، فقد يكون الهدف الذكي المتعلِّق بأن يكون المريض أقلَّ اكتئابًا؛ هو أن يكون متوسط معدَّل مزاجه لا يقلُّ عن ٥ من ١٠، على الأقل خمسة أيام في الأسبوع، بحلول نهاية فترة العلاج. كمثال، انظر المربع أدناه. يمكن للمعالِج أن يساعد المريض على تحديدِ الأهداف باستخدام أسئلة سقراطية، مثل «كيف ستعرف أنك كنت أقلَّ اكتئابًا؟ ما الذي سيمكنك فِعله بشكل مختلف؟ كيف ستفكر أو ستشعر بشكل مختلف؟». على سبيل المثال، قد يعرف المريض أنه كان أقل اكتئابًا عندما تمكَّن من النهوض من الفراش في وقت معيَّن كل يوم، أو تواصل اجتماعيًّا بوتيرة أكبر. من المهم أيضًا أن تكون الأهداف واقعية؛ فإذا كان شخصٌ ما مصابًا بالاكتئاب الشديد لسنوات، فمن غير المرجَّح أن يتحسَّن تحسنًا تامًّا في غضون ثلاثة أسابيع، أو أنه لن يعانيَ أبدًا من حالة مزاجية سيئة مرة ثانية. إذا لم تكن الأهداف واقعية، فقد يؤدي ذلك إلى انتكاسةٍ أو إثارة مشاعر اليأس إذا لم تتحقق. ومن ثَم، بالنسبة للأشخاص الذين يعانون اضطرابًا شديدًا، فقد يكون من المفيد تقسيم الأهداف الأكبر إلى سلسلةٍ من الخطوات الأصغر التي يمكن تحقيقها على نحوٍ أكبر.

أهداف ذكية خاصة بالاكتئاب

- الشعور بالحزن بنسبة أقل من ٥٠ في المائة، في المتوسط، خمسة أيام في الأسبوع.
- تقليل وقت النوم؛ ضبط المنبه (والاستيقاظ) أبكر بنصف ساعة كل ثلاثة أيام حتى الاستيقاظ بحلول الساعة الثامنة صباحًا (لمدة ستة أسابيع تقريبًا).
- الاتصال بالأصدقاء عَبْر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني، وإخبارهم بأنك تمرُّ بوقتٍ صعب، ولكنك ترحِّب بالزوار.
- الترتيب لمقابلة أحد الأصدقاء لتمشية الكلب.
- تعزيز التركيز بقراءة الصحف، أو الأخبار على الإنترنت، لمدة عشر دقائق في كل مرة، مرة واحدة على الأقل في اليوم.
- تناول وجبة مغذِّية كل يوم. يفضَّل طهيها من الصفر. والسعي إلى تناول ثلاث حصص من الفاكهة/الخضراوات يوميًّا.
- تسوق الطعام عَبْر الإنترنت أيام الأحد.
- قضاء عشرين دقيقة كل صباح وبعد الظهر، في إتمام المهام المنزلية الأكثر إلحاحًا (الغسيل والتنظيف).
- الطلب من شريك الحياة تولِّي دَفْع الفواتير في الوقت الحالي.
- الشروع في ممارسة الرياضة بالمشي لمدة نصف ساعة ثلاث مرات في الأسبوع.
- التحدُّث إلى صاحب العمل حول العودة التدريجية إلى العمل، بمجرد أن تقل أعراض الاكتئاب بنسبة ٥٠ في المائة.

تكشف الأهداف الذكية بوضوحٍ ما يعمل المريض والمعالِج على تحقيقه، وتسمح لكليهما بتقييم إن كان يُحرَز تقدُّمٌ أم لا. يمكن أن تنشأ الصعوبات عندما لا يتفق المعالِج والمريض على المستهدَف من الأهداف (على سبيل المثال، فقدان الوزن في حالةِ مريض يعاني نقصَ الوزن بالفعل) أو عندما تكون أهداف المريض خارجَ نطاق ما يمكن أن يحقِّقه العلاج السلوكي المعرفي (على سبيل المثال، العثورُ على شريك حياة). قد يكون من الضروري عندئذٍ التفاوضُ على حلٍّ وسط مقبول لكلٍّ من المريض والمعالِج، ويقع ضمن نطاق العلاج السلوكي المعرفي. على سبيل المثال، يجب السعي إلى تقليل القلق الاجتماعي؛ بحيث يشعر المريض بالراحة في المبادرة بالتواصل على مواقع المواعدة عَبْر الإنترنت، أو إلى تقليل توتُّر المريض من خلال الحفاظ على وزن الجسم في النطاق الصحي.

بسيط ومعتمد على المهارات

إن الفلسفة التي يستند إليها العلاج السلوكي المعرفي، والطبيعة التعاونية للعلاقة بين المريض والمعالِج، تعنيان أن المعالِج لا «يعالج» المريض. بل إن دور المعالج هو تسهيل فَهْم المريض لنظرية العلاج السلوكي المعرفي، وصياغة الصعوبات التي يواجهها، وتعلُّم استخدام مهارات العلاج السلوكي المعرفي، لتمكينه من معالجة مشكلاته بنفسه. ونظرًا للتركيز على تعلُّم المهارات في العلاج السلوكي المعرفي، فالممارسة بين الجلسات أو إتمام الواجبات المنزلية هي عنصر أساسي في العلاج؛ فهي بمثابة ساحة تدريب للمريض لممارسة مهاراته المطوَّرة حديثًا، بحيث تكون الجلسات الأسبوعية مع المعالِج بمثابة لقاءاتٍ استشاريةٍ للمريض يتسنَّى له فيها مراجعةُ وصَقْل مهاراته. ومن ثَم، فأحد المكوِّنات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي هو أن المريض يمارس ما تعلَّمه في الجلسات في حياته اليومية. لذا، إذا كان المعالِج والمريض يعملان في الجلسة على تحديدِ الأفكار ذات الصلة، فقد يُطلب من المريض تدوينُ ما يدور في ذهنه في كل مرة يلاحظ فيها نفسه يمر بتغيُّر مزاجي، بمعنى تغيُّر ملحوظ في المشاعر مثل القلق أو الاكتئاب. وسواء أكان قادرًا على إتمام تلك المهمة أم لا، فمن المرجَّح أن يوفِّر هذا معلوماتٍ مفيدة. فإذا لم يتمكَّن من إتمام المهمة، فسيقوم المعالِج باستكشاف ومواجهةِ ما جعل إتمامها صعبًا بالنسبة له، مما قد يؤدي إلى تغييرها أو تطوير الصياغة، حيث سيكون المريض قد حدَّد عقبةً تقف أمام التغيير. ومن ناحية أخرى، إذا كان المريض قادرًا على إتمام المهمة وتحديد أفكاره ذات الصلة، يمكنه الانتقال إلى إعادة تقييم تلك الأفكار.

غالبًا ما تتضمَّن مهامُّ الواجب المنزلي محاولةَ القيام بشيء بشكل مختلف. على سبيل المثال، وَضْع مدرَّج للتعرُّض. لذا، قد يزيد الشخص المصاب برُهاب الأماكن المفتوحة تدريجيًّا من مقدار الوقت الذي يقضيه خارج منزله، والمسافة التي يقطعها. في الواقع، لا يمكن تنفيذُ العديد من المهام السلوكية خلال جلسة العلاج، وهذا لأنها تتطلب أماكنَ معينةً أو مجموعة محدَّدة من الظروف، مثل مركز تسوق مزدحم أو مبنًى شاهق، أو وجود أشخاص معينين. يمكن تنفيذ هذه المهام كمهام واجبات منزلية، وهي توفِّر فرصةً مثالية لتطبيقِ ما تعلَّمه المريض. تُراجَع نتيجةُ الواجب المنزلي في الجلسة التالية. وإذا أهمل المعالِج لأي سبب من الأسباب مراجعةَ مهام الواجب المنزلي، فهو بذلك يرسل رسالةً قد تكون غيرَ مفيدة إلى المريض، مُفادها أن مهام الواجب المنزلي غيرُ مهمة أو أنه لا يهم إذا لم يكملها. وهذا أمرٌ خطير، حيث تشير الأدلة البحثية إلى أن أولئك الذين يكملون مهامَّ

الواجبات المنزلية سيستفيدون على الأرجح من العلاج السلوكي المعرفي أكثرَ من أولئك الذين لا يكملونها. لذلك، لا بد أن تُحدَّد مهامُّ الواجبات المنزلية بشكلٍ تعاوني ومخطَّط جيدًا؛ وأن تكون مناسبة وذات صلة ومصمَّمة وفقًا لحالة المريض؛ وأن تُنَفَّذ في سياق علاقة علاجية سليمة ذات منطق واضح؛ وأن تُراجَع بدقة لمساعدة المريض على تحديدِ ما تعلَّمه منها وكيف سيستخدم ذلك للمضي قُدمًا.

من الأفضل تصميم مهمة الواجب المنزلي بشكلٍ تعاوني أثناء الجلسة، حيث يقوم المريض بتدوين المهمة المطلوبة، وتُتاح له الفرصة لطرح الأسئلة أو التفكير في بدائل أخرى. قبل انتهاء الجلسة، سيطلب المعالِج من المريض تلخيصَ المهمة والغرض منها. كذلك، لا بد أن يستفسر المعالِج عن أي عوائقَ محتملة تحول دون قدرةِ المريض على تنفيذ المهمة، أو أي تحفظات لديه بشأن القيام بها. وهذا يتيح الفرصةَ لحل المشكلات المحتملة أو تعديل المهمة في ضوء وجود تحفظات شديدة.

أمثلة على مهام الواجبات المنزلية في العلاج السلوكي المعرفي

- إكمال استبيانات لقياس الأعراض.
- الاستماع إلى تسجيل صوتي للجلسة، وتلخيص ما جرى تناوُله وتعلُّمه منها كتابةً.
- استخدام ورقة عمل لتسجيل الأفكار والمشاعر في المواقف المزعجة.
- ممارسة مهارات الاسترخاء لمدة ثلاثين دقيقة يوميًّا.
- استخدام ورقة عمل، لتقييم الأدلة المؤيدة والمعارضة لمعتقَد معين.
- استخدام ورقة عمل، لتسجيل الأنشطة ومعدَّل الشعور بالمتعة والإنجاز.
- استخدام ورقة عمل، لتخطيط الأنشطة التي ستكون ممتعة و/أو تعطي إحساسًا بالإنجاز.
- تنفيذ مهمة تعرُّض؛ على سبيل المثال، إذا كان المريض يخاف من النحل، النظر إلى صور النحل في كتاب.
- التدرُّب على أن تكون حازمًا، بإخبار صديقٍ لك أنك غير قادرٍ على مساعدته في هذه المرة.
- إعطاء الأولوية لتلبية احتياجاتك من خلال قضاء بعض الوقت في الاعتناء بنفسك.

كنهجٍ قائم على المهارات، يتضمَّن العلاجُ السلوكي المعرفي أيضًا تثقيف المريض فيما يتعلق بالظواهر النفسية. غالبًا ما يهدف هذا إلى جعلِ تجربة المريض تبدو له طبيعية. على سبيل المثال، يصادف معظم الناس أفكارًا تسلطية، أو درجة من درجات القلق الاجتماعي في مواقفَ، مثل التحدُّث أمام جمهور. قد تساعد معرفة أن مثل هذه التجارب

شائعة في التخفيف من مشاعر القلق والخزي. يتضمَّن العديد من اضطرابات القلق حلقة مُفْرغة تتعلَّق بالقلق من التعرُّض لأعراض القلق؛ لذا فالتوعية بطبيعة القلق يمكن أن تكون مفيدة. وبالمثل، قد يكون من المفيد اكتساب المعرفة حول مدى شيوع الاكتئاب وأعراضه الرئيسية، حتى يتمكَّن المريض من فَهْم أن اليأس وصعوبة التركيز والإرهاق قد تكون جميعها أعراضَ اكتئاب، وليست ناجمةً عن ضعف شخصي. بدلًا من ذلك، قد تستهدف التوعية مخاوفَ بعينها لدى المريض، على سبيل المثال، إذا كان المريض يخشى الاختناقَ بقيئه، فقد يكون من المفيد الحصول على معلوماتٍ حول الظروف التي يحتمل حدوث ذلك فيها (أي: عندما يُقمع ردُّ الفعل المنعكس الخاص بالسعال أو التقيؤ، بشكل كبير). الآن وقد نظرنا في سِمات العلاج السلوكي المعرفي وهيكله، وطريقة تقديمه، سيوجِز الفصل الخامس بعضَ الأساليب الرئيسية التي يستخدمها لتحقيق أهدافه.

الفصل الخامس

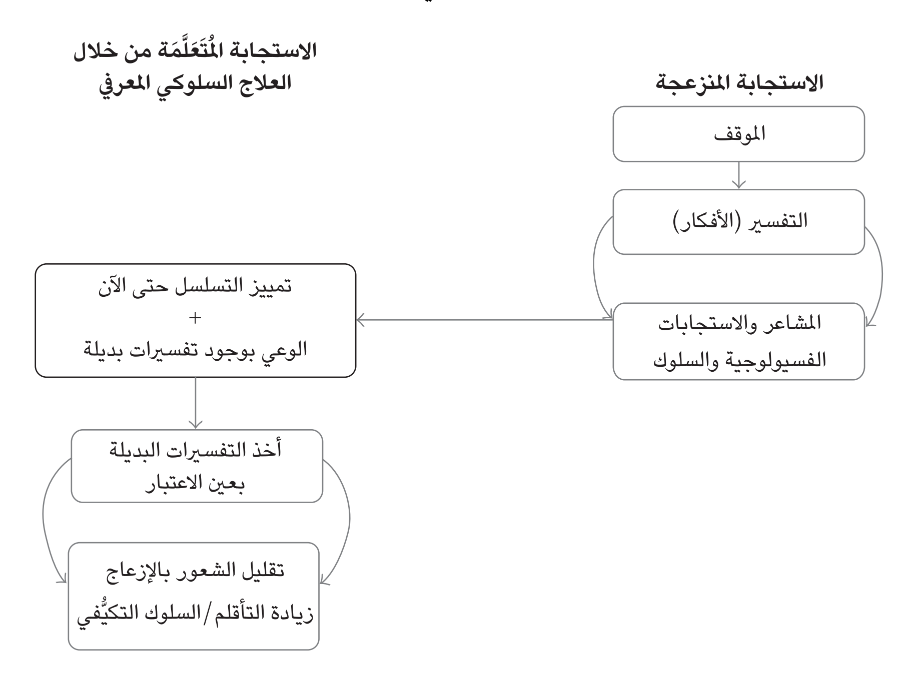
أساليب العلاج السلوكي المعرفي

قيل إن العلاج السلوكي المعرفي هو غُراب مجال العلاج النفسي؛ من حيث إنه «يستعير» (يسرق) أبرعَ وألمع الأشياء (الأساليب) من نُهج العلاج النفسي الأخرى. في الواقع، يشاع أن إيرون تي بيك ادَّعى ذاتَ مرة أنه «إذا كان العلاج ناجحًا، فهو علاج سلوكي معرفي». لذلك من الصعب تحديد بدقةٍ ما يمكن اعتباره أسلوبًا خاصًّا بالعلاج السلوكي المعرفي. في الواقع، يمكن المجادلة بأن الأساس المنطقي الضمني وراء الأسلوب، وليس الأسلوب نفسه، هو ما يُعَرِّفه بأنه أسلوب علاج سلوكي معرفي — أي: عندما يُنَفَّذ العلاج بقصد التأثير على بعض جوانب الإدراك أو السلوك، بغرض تخفيف الشعور بالإزعاج. يوضِّح هذا الفصل بعضَ الأساليب الرئيسية المستخدَمة في العلاج السلوكي المعرفي، لتحقيق التغيير المنشود.

الأساليب المعرفية

تعكس ملاحظة إليزابيث جيلبرت (٢٠٠٦) التي تقول إن «مشاعرك عبيدٌ لأفكارك، وأنت عبد لمشاعرك»؛ الفكرةَ الأساسية وراء العلاج السلوكي المعرفي — ألا وهي أن طريقة إدراكك للموقف تؤثِّر على شعورك في هذا الموقف. وعندما يبدو ردُّ الفعل الانفعالي غيرَ متناسب مع الموقف، ويكون مزعجًا، يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى فَهْم المعنى الشخصي المرتبط بالموقف لدى الفرد، بغرض التقليل من شعوره بالانزعاج من خلال مساعدته على تغيير تفسيره للموقف (انظر الشكل ٥-١).

الغرض الأساسي من الأساليب المعرفية هو إعادةُ تقييم العوامل المعرفية (الأفكار وأنماط التفكير والصور) التي يُفترض (في صياغة الحالة) أنها تحافظ على بقاء المشكلة (المشكلات). لا يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تخليص الفرد من كل الأفكار غير



شكل ٥-١: دَور التفسير.

المنطقية. في الواقع، سيكون من غير المعتاد ألَّا يكون لدى الناس أيُّ أفكارٍ غير منطقية. على سبيل المثال، لدى معظم الناس بعضُ المعتقدات الخرافية (مثل رقم يجلِب الحظ) أو مخاوف غير منطقية. الفرق هو أنها لا تسبب لهم إزعاجًا شديدًا. وتشير الأبحاث إلى أن الأشخاص المكتئبين قد يتنبئون تنبؤاتٍ أكثرَ دقة («الواقعية الاكتئابية») من غير المكتئبين في ظروف معينة. لذا فبدلًا من محاولة القضاء على التفكير غير العقلاني، ما يهدف إليه العلاج السلوكي المعرفي هو تحديد المعتقدات الإشكالية، التي يُفترض أنها مرتبطةٌ بالصعوبات التي يريد الفرد المساعدة فيها، ثم فحص أساس هذه المعتقدات؛ و— إذا كان ذلك مناسبًا — مساعدته في العثور على منظورٍ بديلٍ أقلَّ إزعاجًا ليكون تفسيرًا أفضل (أو على الأقل قابلًا للتطبيق بنفس القَدْر) للأدلة. لذلك، لا يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تصحيح التفكير الخاطئ أو غير العقلاني، بل يهدف إلى إيجاد تفسيراتٍ بديلةٍ صالحةٍ للتطبيق بنفس القَدْر، ولكنها أقل إزعاجًا. وكما أشارت إلينور روزفلت، «الشخص الناضج هو الشخص الذي لا يفكِّر في الأمور المطلَقة، والذي يكون قادرًا على

أن يكون موضوعيًّا حتى عندما يُستثار استثارةً انفعالية شديدة، والذي تَعَلَّم أن الخير والشر موجودان في كل الناس وكل الأشياء».

تحديد الأفكار

تتمثَّل المرحلة الأولى في عملية إعادة تقييم الأفكار في تحديد الأفكار، أو العمليات المعرفية الأخرى ذات الصلة قبل اختيارِ ما يجب استهدافه بالتغيير. هناك عدَّة طرقٍ لتحديد الأفكار ذات الصلة. يمكن الحصول على بعض الإشارات على الأفكار ذات الصلة، من معرفة الشعور أو الاضطراب، والبحث عن الأفكار التي تكون مرتبطةً عادةً بهذه الحالات. يوضِّح الجدولان ٥-١ و٥-٢ الأفكارَ المعتادة المرتبطة بالمشاعر والاضطرابات المختلفة.

جدول ٥-١: الموضوعات المعتادة المرتبطة بالحالات الشعورية المختلفة

الشعور	الموضوعات المعتادة في الأفكار
الاكتئاب/الحزن	الضياع واليأس ونقد الذات. العالم مكان سيئ. المستقبل قاتم.
القلق/الخوف	تصوُّر التهديد أو الخطر — سيحدث شيء سيئ.
الغضب	تصوُّر أن الآخرين ينتهكون القواعد أو المعايير المقبولة. الجور. الظلم.
الذنب/الخزي	انتهاك الذات للقواعد أو المعايير المقبولة. الشعور بالخزي، لا سيما مع العلم أن الآخرين قد يكونون على عِلم بهذا الانتهاك.

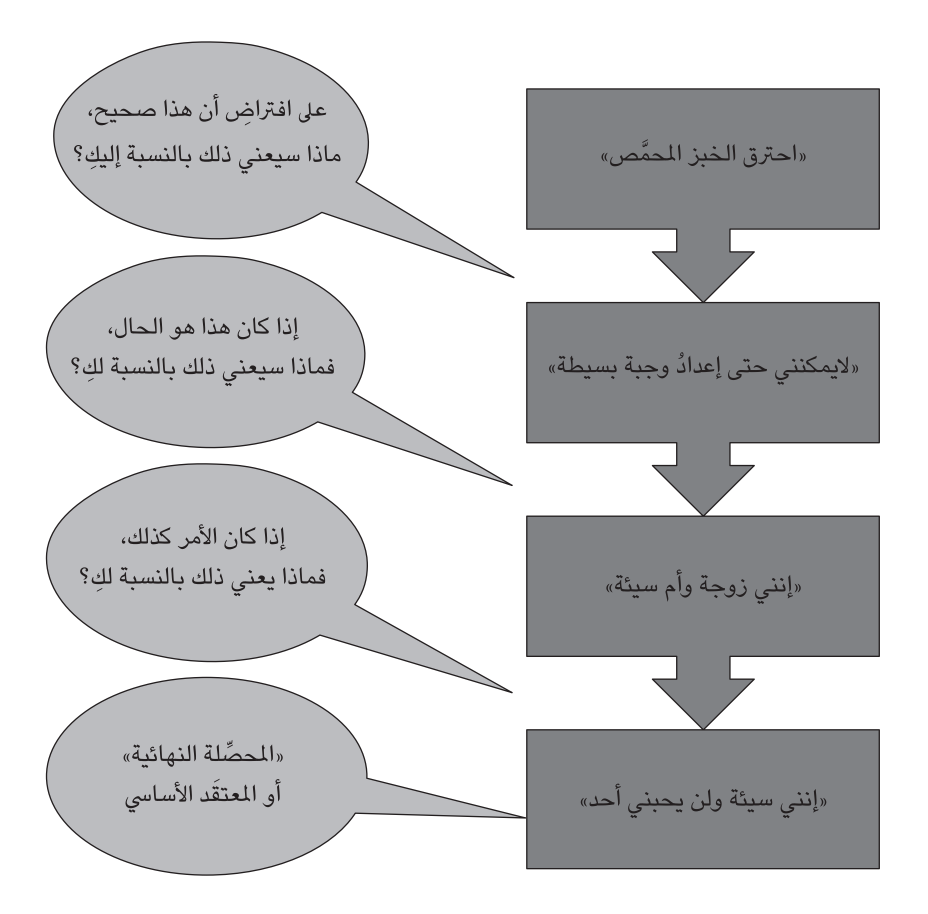
جدول ٥-٢: الموضوعات المعتادة المرتبطة بالاضطرابات

الاضطراب	الموضوعات المعتادة في الأفكار
اضطراب الهلع	تفسيرات خاطئة كارثية للأحاسيس الجسمانية (على سبيل المثال، «لديَّ خفقان، هذه علامة على أنني على وَشْك الإصابة بنوبة قلبية»).
القلق الصحي	يشبه اضطراب الهلع ولكنه أقلُّ إلحاحًا/انتشارًا على مدى فترة زمنية أطول (على سبيل المثال، «يمكن أن يكون الشعور بالوخز هذا علامةً مبكرة على مرض التصلب المتعدِّد»؛ «يمكن أن تتطوَّر هذه الشامة إلى سرطان الجلد»).

الاضطراب	الموضوعات المعتادة في الأفكار
الوساوس والدوافع القهرية	تفسيرات خاطئة للأفكار التسلطية، غالبًا كإشارة على الشعور بالمسئولية عن منع حدوث الضرر (على سبيل المثال، «إذا كانت لديَّ هذه الأفكار اللاأخلاقية، فهذا يعني أنني شخص سيئ وأن مصيري الجحيم»؛ «إذا لم أكن متأكدًا من نظافتها، يمكن أن تكون ملوَّثة/ تسبِّب ضررًا»).
القلق الاجتماعي	تفسيرات وتقييمات سلبية لردود فِعل الآخرين (على سبيل المثال، «سيظنون أنني غريب الأطوار»).
الرُّهاب	تفسيرات سلبية لمثيرات الرُّهاب والخوف من الخوف (على سبيل المثال، «سيلمسني العنكبوت ولن أكون قادرًا على التعامل مع الأمر»).
اضطرابُ ما بعد الصدمة	تُفَسَّر الصدمة على أنها تهديد مستقبلي (على سبيل المثال، «لأنها حدثت مرة، فمن المحتمل حدوثها مرة أخرى»؛ «كوني لا أستطيع التوقف عن التفكير في الأمر يعني أنني لن أعود إلى طبيعتي أبدًا»).
الصعوبات في العلاقات	معايير/توقعات غير متوافِقة وتفسيرات سلبية لنوايا/سلوك الطرف الآخر (على سبيل المثال، «إنها تترك أغراضها مبعثرة لأنها لا تهتم بشأني»).

إحدى الطرق الأكثر استخدامًا لتحديد الأفكار ذات الصلة، هي الطلب من المريض سرْدُ تجربةٍ حديثةٍ وواضحةٍ للمشكلة التي تؤثِّر عليه. عندما يسرُد هذه الواقعة بالتفصيل، يبحث المعالِج عما كان يدور في ذهنه في ذلك الوقت. يمكن تيسير ذلك بالطلب من المريض أن يحاول إعادةَ خلْق التجربة في خياله وسردها بالتفصيل. أو قد يجهِّز المعالِج موقفًا في جلسة العلاج يحفِّز المشكلة. على سبيل المثال، الطلب من مريضٍ بالقلق الاجتماعي إلقاءُ خُطبة قصيرة أمام عددٍ قليلٍ من الزملاء؛ أو الطلب من مريض رُهاب العناكب مطالعةُ صور العناكب. الطريقة الأخرى الشائعة لتحديد الأفكار ذات الصلة هي الطلب من المريض الاحتفاظُ بسجل، ما بين الجلسات، يدوِّن فيه ما يدور في ذهنه عند ظهور المشكلة؛ أي: عندما يلاحظ تغيرًا في مزاجه (تحوُّل المزاج). غالبًا ما يجري ذلك بإكمال الأعمدة الثلاثة الأولى من «سجل الأفكار»، والذي يُفَصِّل الموقف والشعور والأفكار، ويُستخدَم لاحقًا لإعادة تقييم الأفكار (انظر الشكل ٥-٣).

يوجد أسلوبٌ آخر لتحديد الأفكار ذات الصلة، وهو يُعرف باسم «أسلوب السهم النازل» (انظر الشكل ٥-٢). يمكن أن تكون الأفكار كالبصل، من حيث إنها قد تحتوي على طبقاتٍ عديدةٍ لا بد من تقشيرها حتى تصلَ إلى اللُّب. قد تصف الطبقة الخارجية للأفكار الأفكارَ المتعلقة بالتجنُّب فحسب (على سبيل المثال، «عليَّ الخروج من هنا») ويهدف أسلوب السهم النازل إلى الكشف عن الآثار المترتِّبة على الفكرة؛ أي إن ما يخشاه الشخص قد يحدُث إذا لم يتمكَّن من الخروج من هذا الموقف المحدَّد.



شكل ٥-٢: مثال على أسلوب السهم النازل.

يوضح الشكل ٥-٢ كيف يمكن أن يكون ردُّ الفعل تجاه شيءٍ تافهٍ، مثل حرق الخبز المحمَّص، مرتكزًا على معتقَداتٍ أعمَّ ووثيقة الصلة أكثر بالرؤية الشخصية، وهو ما يفسِّر صدورَ ردِّ فعلٍ انفعاليٍ أكثرَ تطرفًا مما يمكن توقُّعه من حرق الخبز المحمَّص فحسب.

تحديد الفكرة المستهدَفة

بمجرد تحديد الأفكار ذات الصلة، فإن المرحلة التالية هي اختيار الفكرة (الأفكار) التي سيستهدفها التدخُّل. يمكن أن يكون هذا أحدَ أصعب القرارات لاختصاصيِّي العلاج السلوكي المعرفي، وغالبًا ما يكون غير قاطع. هناك عدة عوامل — وهي ما إذا كانت فكرة حقًّا أو معتقدًا، وما إذا كانت ممثلة وذات صلة، ومستوى الضيق الناتج عنها، وما إذا كانت قابلةً للتغيير، وما إذا كان من الأفضل التعامل معها في تلك المرحلة المحدَّدة من العلاج — توجِّه اختيارَ أيٍّ من الأفكار سيُستهدف؛ ويوضح الجدول ٥-٣ على نحوٍ مفصَّل كلَّ هذه العوامل. لحسن الحظ، هذا ليس قرارًا تحصُل على فرصةٍ واحدةٍ فقط لاتخاذه؛ إذ سيشمل برنامج العلاج السلوكي المعرفي مواجهةَ العديد من الأفكار المختلِفة، وهو يهدف في النهاية إلى تعليم طريقة تطبيق ذلك، حتى يتمكَّن المريض من مواجهة أفكاره المزعجة بنفسه.

جدول ٥-٣: العوامل التي تؤثِّر على اختيار أيٍّ من الأفكار سيُستهدف

هل هي فكرة؟	من الأفضل مواجهةُ الأفكار، بدلًا من إقرار الواقع (على سبيل المثال، «فقدت وظيفتي اليوم») أو المشاعر (على سبيل المثال، «أنا خائف»). ينبغي عدم تحدي المشاعر بشكل عام؛ فإذا كان الشخص يشعر أنه بائس أو مرعوب، فهو بالطبع كذلك! وبدلًا من تحدي تجربته الانفعالية، فإن ما يمكن أن يكون مثمرًا أكثر هو التركيز على تفسيره للآثار المترتِّبة على ذلك (على سبيل المثال، «لن أشعر بتحسن أبدًا» أو «ما أشعر به شيء لا يُحتمل»)، أو تكهناته حول عواقب المشاعر (على سبيل المثال، «إذا لم أتمكَّن من التحكم في قلقي، فسأصاب بالجنون»).

هل هي ممثلة وذات صلة؟	لدينا العديد من الأفكار اللاعقلانية، ولكن ليس جميعها ذا صلةٍ بالمشكلة المطروحة أو يمثِّل طبيعة ذلك الشخص. لذا فالأسئلة المفيدة التي يجب أخذُها بعين الاعتبار هي: ما الأفكار التي تدور في ذهن المريض وهو يواجه فعلًا مشكلةً بعينها (على عكس عندما يناقش المشكلةَ في مكتب المعالِج). هل الفكرة مرتبطة بالمشكلة المطروحة؟ في القلق، سيكون التركيز منصبًّا على موضوعات الخطر/التهديد، بينما في الاكتئاب، قد تكون الأفكار ذات الصلة تتعلَّق بالإحساس بالضياع واليأس ونقد الذات. هل تمثِّل الفكرة موضوعًا متكررًا أم إنها فكرة واحدة ليست لها صلة أشمل خارج نطاق موقف معيَّن؟
هل هي مزعجة بما فيه الكفاية؟	هل هذه الفكرة تسبِّب ضيقًا كبيرًا؟ هل يؤمن المريض بهذه الفكرة إيمانًا شديدًا؟ إذا لم تكن تسبِّب ضيقًا شديدًا، أو لم يكن المريض شديد الإيمان بها؛ فقد لا تُسهم بشكلٍ كافٍ في المشكلة المطروحة، بحيث تكون لها أولوية في وقت الجلسة.
هل هي قابلة للتغيير؟	هل الفكرة مشوَّهة بشكلٍ كبير؟ هل هي قابلة لإعادة التقييم؟ إذا لم تكن كذلك، فقد يكون أسلوب حل المشكلات خيارًا أفضل. بعض الأفكار غير قابلة على نحوٍ كبير للتحدي (على سبيل المثال، «سأبقى في الجحيم إلى الأبد لما ارتكبته من خطايا»).
هل من المناسب سريريًّا مواجهةُ هذه الفكرة؟	هل من المناسب التركيزُ على هذه الفكرة في هذه المرحلة من العلاج؟ يجري التعامل مع الأفكار التلقائية في وقتٍ مبكِّر من العلاج، في حين يجري التعامل مع المعتقَدات الأساسية والافتراضات الأصعب في تغييرها في وقتٍ لاحق، بمجرد أن تكون قد أُتيحت الفرصة للمريض لتطوير مهاراته في العلاج السلوكي المعرفي نوعًا ما. هل المريض مستقر ومدعوم بما يكفي للشروع في التركيز على هذه المشكلة الآن؟ هل يوجد وقتٌ كافٍ للتعامل مع ما قد يظهر؟ من غير المثالي الشروع في مناقشةِ أمرٍ مزعج للغاية في الدقائق العشر الأخيرة من الجلسة.

يجري التعبير عن العديد من الأفكار في البداية على صورةِ أسئلة (على سبيل المثال، «ماذا لو فهمت الأمر بشكل خاطئ؟») وتصبح هذه الأفكار أكثرَ قابليةً لإعادة التقييم، إذا صيغت في شكل عبارةٍ بدلًا من سؤال (أي: «سأفهم الأمر بشكل خاطئ»). كلما كان التنبؤ السلبي أكثرَ تحديدًا، كان ذلك أفضل، حيث سيختلف «الفهم الخاطئ» من شخص لآخر. لذا، يجري تشجيعُ المريض على أن يحدِّد بالضبط ما يعتقد أنه قد يسير بشكلٍ خاطئ، وكيف سيتجلى ذلك، وما العواقب المحتملة التي يخشى حدوثها. ودرجةُ إيمانهم بهذه الأشياء ذاتُ صلة أيضًا؛ إذا كنت أعتقد أن فرصةَ أن أجعل من نفسي أضحوكةً

نسبتها ٢ في المائة فقط، فسأكون أقلَّ قلقًا بكثير مما لو كنت أعتقد أنها أرجح بنسبة ٩٥ في المائة. لذلك من المهم تحديدُ الفكرة بأكبرِ قدْر ممكن من التفاصيل، وتقييم درجة إيمان المريض بها عندما يكون في الموقفِ ذي الصلة. هذا التقييم الأخير مهمٌّ بشكل خاص؛ لأننا عندما لا نكون في الموقف ذي الصلة، أو لا نكون في حالة اختبارٍ للمشاعر ذات الصلة، فقد يكون لدينا درجةُ إيمانٍ بالمعتقدات ذات الصلة أقل بكثير. على سبيل المثال، إنني أدرك أن عواقب الأداء السيئ عند التحدُّث أمام جمهورٍ ضئيلةٌ في موقعي الوظيفي الحالي، لكن هذا لا يمنعني من الخوف من التعرُّض للإذلال العلني، عندما أقترب من المنصة! يميل القلق إلى الوصول إلى ذروته قبل خوض الموقف مباشرة، وهذا هو الوقت المثالي للتعرُّف على الأفكار ذات الصلة، وتقييم درجة الإيمان بها.

أنماط التفكير

بالإضافة إلى النظر في التفسيرات المعتادة لكل اضطراب، قد يكون لأنماط التفكير أيضًا دورٌ في استمرار الاضطرابات الوجدانية. على سبيل المثال، من المرجَّح أن يؤديَ نمط التفكير القطبي أو الثنائي؛ أيْ تقسيم الأشياء إلى أسودَ وأبيض، إلى ردود فِعل انفعالية أكثرَ تطرفًا؛ لأنه إذا لم يكن الأمر «جيدًا» فهو «مروع». وبالمثل، فالتفكير في الأسوأ دائمًا، والذي يطلَق عليه أحيانًا توقُّع الكوارث، من المرجَّح أن يؤدي إلى ردود فِعل سلبية أكثرَ تطرفًا. يوضح الجدول ٥-٤ بعض أنماط التفكير التي قد تلعب دورًا في استمرار الصعوبات الانفعالية.

جدول ٥-٤: أنماط التفكير التي قد يكون لها دورٌ في استمرار الصعوبات الانفعالية

نمط التفكير	الوصف	مثال
القطبي	التفكير القائم على تقسيم الأشياء إلى أسودَ وأبيضَ	إذا لم يكن الأمر ناجحًا تمامًا، إذن فهو فاشل. إذا لم يكن مثاليًّا، إذن فهو مريع.
العزو الشخصي	افتراض أن كل شيء يتعلَّق بك؛ تحمُّل الكثير من المسئولية عن الأحداث السلبية.	كون أداء فريقنا لم يكن رائعًا فهذا كلُّه خطئي. إذا لم تَسِر المحادثة بسلاسة، فهذه مسئوليتي بالكامل.

نمط التفكير	الوصف	مثال
التعميم المفرِط	استخلاص استنتاجات عامة من واقعة واحدة.	عدم اجتياز اختبار القيادة في المحاولة الأولى يعني أنني لن أنجح أبدًا في أي شيء في الحياة. إذا كان فلان لا يحبني، فلن يحبني أحدٌ أبدًا.
التفكير الانتقائي	التركيز على جانب واحد فقط، عادةً ما يكون الجانب السلبي، من المعلومات المتاحة.	تجاهلُ حقيقة أنك أبليت بلاءً حسنًا في جميع الاختبارات، والتركيز فقط على الاختبار الذي لم يَسِر بنفس النحو.
توقُّع الكوارث	المبالغة في تقدير العواقب السلبية المحتَملة.	الاعتقاد بأنك إذا نسيت نزْع قابس مقبس معيَّن، فسيحترق المنزل ويموت الجميع.
الاستنتاج التعسُّفي	استخلاص استنتاجات سلبية بناءً على أدلة غير كافية.	لأنهم أشاحوا بنظرهم بعيدًا، فلا بد أن هذا يعني أنهم لاحظوا مدى قلقي، وشعروا بالحرج.
التفكير الانفعالي	وضع افتراضات على أساس المشاعر الشخصية، وافتراض أن المشاعر تشبه الواقع.	أشعر بالسوء، إذن فلا بد أنني سيئ. أشعر بالخوف؛ لذا فلا بد أن الأمر خطير. أشعر بالذنب؛ لذا فلا بد أنني ارتكبت خطأً. لا أشعر بالثقة؛ ومن ثَم أنا غير كُفُؤ.
المقارنة واليأس	مقارنة نفسك بعددٍ لا يُحصى من الناس، على أساس متغيرات لا حصر لها، وملاحظة الجوانب التي تفشل فيها فحسب.	كل الناس أسعد مني، ولديهم حياةٌ أفضل، وسيارة أفضل، ومنزل أفضل، ووظيفة أفضل، وعلاقة أفضل، إلخ. وسائل التواصل الاجتماعي أداةٌ ممتازة لتغذية نمط التفكير هذا.
التنبؤ بالمستقبل	الاعتقاد بأننا يمكننا التنبؤ بدقةٍ بما سيحدث في المستقبل.	لأنني ارتكبت هذا الخطأ، فسيفصلونني من العمل. لن أجد وظيفةً أخرى أبدًا.

تغيير الفكرة

بمجرد أن يتَّفق المعالِج والمريض بشكلٍ تعاوني على فكرةٍ يستهدفانها لإعادةِ التقييم، يوجد العديد من الأساليب المختلفة التي يمكن استخدامها لتحقيق هذا الهدف. أحد الأساليب الأساسية هي عملية التساؤل السقراطي أو الطريقة السقراطية، والتي يمكن أن تسمَّى أيضًا ب «الاكتشاف الموجَّه». سُميت عملية التساؤل السقراطي على اسم الفيلسوف سقراط، الذي كان يستخدم سلسلةً من الأسئلة الاستكشافية المدروسة، بدلًا من الإجابة عن استفسارات طلابه مباشرة، ليوجههم لاكتشافِ الإجابة بأنفسهم. الطريقة السقراطية هي طريقة لمساعدة المريض (أو الطالب، كما كان الحال مع سقراط) للنظر في مجموعةٍ من التفسيرات البديلة التي هو ليس على درايةٍ بها حاليًّا، واستخدامها لإعادة تقييم معتقَدٍ سابق. يمكن القيام بذلك باستخدامِ أوراق عمل منظَّمة مثل «سجل الأفكار»، الموضَّحِ أدناه، لتقييم الأدلة المؤيدة والمعارضة لمعتقَدهم الحالي قبل صياغة منظور بديل. أو يمكن فِعل ذلك بطريقةٍ أقلَّ تنظيمًا باستخدام الأسلوب السقراطي في طرح الأسئلة. تتضمَّن عملية التساؤل السقراطي المراحل التالية:

(١) طرح أسئلة لاستيضاح الموقف. «ما أكثرُ المواقف التي تشعر فيها بالانزعاج؟ كيف يؤثِّر هذا عليك؟»

(٢) الإنصات المتعاطف. الانتباه الدقيق دون إصدار أحكامٍ إلى ما يقوله المريض، وأي ردود فِعل انفعالية مصاحبة لذلك. «يبدو أن المواقف التي تشعر فيها بأنك تُقَيَّم سلبيًّا صعبة حقًّا بالنسبة إليك. كيف تجعلك هذه المواقف تشعر؟»

(٣) التلخيص والتحقُّق من فَهْمك. «يبدو أن الشعور بتعرُّضك للتقييم يجعلك تتشكك في نفسك، هل هذا صحيح؟ يبدو أن هذه المواقف تجعلك تشعر بالسوء تجاه نفسك. في أيِّ جانب من الجوانب بالضبط؟»

(٤) طرح أسئلة تجميعية أو تحليلية مصمَّمة لتوسيع منظور المريض، ليقدِّم معلوماتٍ قد لا يكون على درايةٍ بها حاليًّا. «هل هناك مواقفُ لا تشعر فيها أنك تتعرَّض للتقييم؟ أو مرَّات شعرت فيها أنك تتعرَّض للتقييم بصورةٍ أقلَّ؟ أو تعاملت بشكلٍ أفضل مع التعرُّض للتقييم؟ ما الذي كان مختلفًا في هذه المرات؟ ماذا يمكننا تعلُّمه من ذلك؟»

يمكن استخدام الأسئلة السقراطية لجعلِ تفكير المريض أكثرَ مرونة، بالإضافة إلى استخدام سجلات الأفكار، وقبل استخدام أساليبَ أكثرَ تنظيمًا مثل التجارب السلوكية.

سجلات الأفكار

يجب أن يتجاوز الغرضُ من إكمال سجلات الأفكار إعادةَ تقييم فكرة واحدة بعينها. أولًا، يجب أن تساعد إعادةُ تقييم الأفكار بأي طريقةٍ على خَلْق مسافةٍ بين المريض ومنظوره الحالي (المزعج) من حيث كونها تتوافق مع «ما وراء الوعي» بالأفكار؛ أي إدراك أن الأفكار هي مجرَّد أفكار وليست حقائقَ مطلَقة. ثانيًا: يساعد استخدامُ سجلِّ الأفكار لإعادة تقييم فكرةٍ بعينها، المريضَ على تعلُّم الطريقة الخاصة بذلك؛ وبمجرد أن يتعلم المريض استخدامَ تلك الطريقة بشكل مستقل، يمنحه ذلك مهارةً لإعادة تقييم الأفكار المزعجة، واكتشاف وجهات نظر بديلة، والتي يمكنه استخدامها في مجموعةٍ متنوِّعة من المواقف.

عادةً ما يقدِّم المعالج سجلَّ الأفكار (انظر الشكلَين ٥-٣ و٥-٤) على مرحلتَين أو أكثر، ويدعم المريضَ لإتقان كلِّ مرحلة قبل الانتقال إلى المرحلة التالية. في البداية يُكْمِل المريضُ الأعمدة الثلاثة الأولى، الخاصَّة بتسجيل التاريخ والوقت والموقف الذي أثارَ الاستجابة الانفعالية، وتحديد الشعور (المشاعر) والأفكار ذات الصلة في هذا الموقف. تصنَّف كلٌّ من المشاعر والأفكار من حيث شدتها؛ لا يهم المقياس كثيرًا ما دام يُستخدم بشكلٍ منتظم، ولكن غالبًا ما يُستخدم مقياس ٠–١٠ أو ٠–١٠٠.

بمجرد أن يثق المريض في قدرته على تحديد الموقف ومشاعره وأفكاره، تكون المرحلة التالية هي اختيارَ فكرة لإعادة تقييمها. كما ذكرنا سابقًا، سيوجِّه العديدُ من العوامل هذا الاختيارَ، بما في ذلك أيُّ فكرة هي الأكثر إزعاجًا للمريض، والتي يُطلق عليها أحيانًا «الفكرة المؤرِّقة». يطلب سجلُّ الأفكار من المريض بعد ذلك سرْدَ الأدلة الداعمة للفكرة. من غير المحتمل أن يصدِّق المريض هذه الفكرة في غياب أيِّ أدلة، ومن الضروري معرفةُ ما الذي تحاول مواجهته قبل أن تحاول مواجهته («اعرف عدوَّك»، كما يقول المثل)؛ لذا من المهم أن تُحدِّد جميعَ الأدلة الداعمة للفكرة قبل الانتقال إلى بحثِ الأدلة المضادة لها.

عادةً ما يكون من الأسهل على الأشخاص تقديمُ أدلةٍ تتوافق مع أفكارهم ومعتقداتهم الحالية، بدلًا من العثور على أدلةٍ تناقضها؛ لذا ففي المراحل الأولى قد يحتاج المعالِج إلى حثِّ المريض على تحديد الأدلة المخالِفة لمعتقَدهم. يقدِّم الجدول ٥-٥ بعضَ الأمثلة على تغيير وجهات النظر التي قد تكون مفيدةً في توجيه وعي المريض، إلى أدلةٍ قد لا تكون متسقةً مع معتقَدهم الحالي.

التاريخ/ الوقت/ الموقف	الشعور (المشاعر) ٠–١٠٠	الأفكار التلقائية (الصور) (١) ما الذي كان يدور في ذهنك قبل أن تشعر هكذا؟ هل لديك أي أفكار أو صور أخرى؟ (٢) إلى أي مدًى كنت تصدِّق هذا؟ ٠–١٠٠ (٣) أيُّ فكرة تزعجك أكثر؟	الأدلة التي تدعَم تلك الفكرة	الأدلة التي لا تدعَم تلك الفكرة	فكرة بديلة/متوازنة اكتب فكرةً بديلة متوازنة. قيِّم نسبةَ اعتقادك بهذه الفكرة البديلة المتوازنة (٠–١٠٠ في المائة)	أعِدْ تقييم المشاعر ٠–١٠٠

شكل ٥-٣: سجلٌّ أفكارٍ قياسي يتكوَّن من سبعة أعمدة.

جدول ٥-٥: تغيير وجهات النظر لإيجاد بدائل

تغيير الشخص	ماذا سأقول لصديقٍ أو لشخص يهمني أمره كان في نفس الموقف؟ ما الذي أود أن يقوله لي شخص يهتم لأمري لدعمي وتشجيعي؟
تغيير الإطار المرجعي الانفعالي	كيف كنت سأرى هذا إذا لم أكن مكتئبًا/قلقًا؟ إذا كنت عطوفًا ورحيمًا بنفسي، فكيف كنت سأعتقد بدلًا من ذلك؟ عندما لا أكون في الموقف، هل أراه بشكل مختلف؟
تغيير الإطار المرجعي الزمني	قبل بضعة أشهر، قبل أن أصاب بالاكتئاب، كيف كنت سأفكِّر في هذه المسألة؟ بعد عام، إذا فكرتُ مرةً أخرى في هذا الموقف، فما النصيحة التي سأقدِّمها لنفسي؟ هل مرَّت عليَّ أوقاتٌ لم أكن أشعر فيها بهذه الطريقة؟ أو مرات لم ينطبِق فيها هذا الاعتقاد؟ ما الذي سأعتقده إذا عُدتُ بالنظر إلى هذا الموقف في غضون عشر سنوات؟

بمجرد تحديدِ الأدلة المؤيِّدة والمعارضة للمعتقَد الذي يُعاد تقييمه، تكون المرحلة التالية هي صياغة منظور بديل، وهو ما يسمَّى أيضًا بـ «بديل متوازن»؛ لأنه يهدف إلى الأخذ بعين الاعتبار كلًّا من الأدلة المؤيِّدة والمعارضة للمعتقَد الأصلي. يوضح الشكل ٥-٤ مثالًا لسجلِّ أفكارٍ مكتمل.

بمجرد إكمالِ سجلِّ الأفكار، من غير المحتمل أن تنخفض درجة الاقتناع بالمعتقَد الأصلي إلى صفر، أو أن تكون درجة الاقتناع بالمعتقَد البديل ١٠٠. قد يتعين تكرار تجربة سجل الأفكار عدة مرات، عَبْر مجموعة متنوِّعة من المواقف، لحدوث تغيير كبير في المعتقَد. وحتى في هذه الحالة، قد يظل الأمر فرضيًّا؛ فمن المحتمل أن تظل هناك حالةٌ من عدم اليقين؛ ولذا فالمرحلة التالية هي النظر في كيفية التفريق بشكلٍ أكبر بين المعتقَدَين. إحدى الطرق التي يمكن من خلالها القيامُ بذلك هي تصميمُ طرقٍ لاختبار المعتقَد الجديد على أرض الواقع، أو المقارنة المباشرة لتحديدِ أيٍّ من المعتقَدين يعتبر تفسيرًا أفضلَ لتجربة المريض.

التاريخ/ الوقت/ الموقف	الشعور (المشاعر) ٠–١٠٠	الأفكار التلقائية (الصور) (١) ما الذي كان يدور في ذهنك قبل أن تشعر هكذا؟ هل لديك أي أفكار أو صور أخرى؟ (٢) إلى أي مدًى كنت تصدِّق هذا؟ ٠–١٠٠ (٣) أيُّ فكرة تزعجك أكثرَ؟	الأدلة التي تدعَم تلك الفكرة	الأدلة التي لا تدعَم تلك الفكرة	أفكار بديلة/متوازنة اكتب فكرةً بديلة متوازنة. قيِّم نسبة اعتقادك بهذه الفكرة البديلة المتوازنة (٠–١٠٠ في المائة)	أعِدْ تقييمَ المشاعر ٠–١٠٠
الثلاثاء، وقت الغداء. التسوُّق بالسوبر ماركت.	حران، متعرِّق، مرتعش، تنفُّس سريع ومعدَّل ضربات قلب سريع. **القلق ٩٠** **الهلع ٦٠**	سأصاب بنوبةِ هلعٍ ولن أتمكَّن من التحكم فيها. ٩٠ **قد أفقدُ الوعي. ٦٠** سيظن الناس أنني مجنون. ٩٠ سأُحْتَجَز. ٧٠	أشعر بإعياء شديد–الأعراض الجسدية شديدة وتزداد بسرعة كبيرة. لا أستطيع التحكُّم في ساقيَّ. أشعر وكأنني قد أفقد الوعي. بعض الناس يفقدون وعيَهم أحيانًا.	لقد تعرَّضت لمئات من نوبات الهلع لكنني لم أفقد الوعي. لتفقد الوعي، لابد أن ينخفض ضغط الدم، ومعدَّل ضربات قلبي السريع يعني أن ضغط دمي يرتفع ولا ينخفض. حتى لو أصبتُ بالإغماء، فقد لا أُحْتَجَز؛ فمعظم الأشخاص الذين يفقدون الوعي يتلقَون المساعدة ولا يُحتَجزون. يصاب الكثيرُ من الأشخاص بنوبات هلع لكنهم لا يفقدون وعيهم.	التفسير الأكثر ترجيحًا هو أن هذه مجردُ أعراض مزعجة حقًّا لتفاقم القلق/الهلع والتي لن تسبِّب لي أيَّ ضرر. أنا لست على وشْك الإغماء. ٦٠	**القلق ٢٥** **الهلع ١٠**

شكل ٥-٤: سجلُّ أفكارٍ مكتملٍ لمريضٍ يعاني اضطرابَ الهلع.

الأساليب السلوكية

> يمكننا تعلُّم الحكمة بثلاث طرق؛ الأولى: بالتأمُّل، وهي الأنبل؛ والثانية: بالتقليد، وهي الأسهل؛ والثالثة: بالتجربة، وهي الأقسى.
>
> (كونفوشيوس، ٥٥١–٤٧٩ قبل الميلاد)

قبل الانتقال إلى إلقاءِ نظرة على الأساليب السلوكية في العلاج السلوكي المعرفي، تجدُر الإشارة إلى أنه لا توجد حدودٌ واضحة بين الأساليب المعرفية والسلوكية، وعادةً ما تجمَع أفضلُ تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي بين كِلا العنصرَين. أشار كلٌّ من تشادويك وبيرتشوود وترويرِ إلى أن «المعتقدات نادرًا ما تتغيَّر نتيجةَ التحدي الفكري، ولكنها تتغيَّر فقط من خلال إشراك المشاعر، والتصرف بطرقٍ جديدةٍ تُنتِج أدلةً تؤكد المعتقدات الجديدة». من الأمثلة الجيدة على التدخُّل السلوكي المستخدَم لتعزيز التغيير المعرفي «التجربة السلوكية». يصفُ كينيرلي وكيرك وويستبروك التجاربَ السلوكية على أنها أنشطةٌ تجريبية مخطَّطة تقوم على التجريب أو الملاحظة، والتي يطبِّقها المرضى، في جلسات العلاج السلوكي المعرفي أو بينها. ينشأ تصميم هذه التجارب مباشرةً من صياغة الحالة الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي. والغرض الأساسي منها هو الحصول على معلوماتٍ جديدة قد تسهِم في تطوير الصياغة؛ أو اختبارِ صحةِ المعتقَدات الحالية للمريض عن نفسه والآخرين والعالَم؛ أو بناء واختبار معتقَداتٍ جديدةٍ أكثرَ تكيفًا.

غالبًا ما تُستخدم التجارب السلوكية لتوسيعِ تأثيرِ المناقشات اللفظية، مثل الأسئلة السقراطية أو سجلات الأفكار. وبعد استكشافِ معتقَدٍ معيَّن وتوليد وجهات نظرٍ بديلةٍ من خلال المناقشة، توفِّر التجارب السلوكية وسيلةً لاختبار أو تعزيز هذه الاستنتاجات. وهي يمكن أن تكون وسيلةً لجمع الأدلة، للمساعدة في التمييز بين المعتقَدات القديمة والجديدة. ومن ناحيةٍ أخرى، يمكن إجراء التجارب السلوكية لتوليد معلوماتٍ أو فرضياتٍ جديدة. أقرَّ مارك توين قيمة التعلُّم التجريبي في اقتباسٍ غيرِ مؤكَّدةٍ صحةُ نسبته إليه: «إذا حملت قطةً من ذيلها، فستتعلم أشياءَ لا يمكن تعلُّمها بأي طريقة أخرى». أوضح الفصل الأول بعضَ التدخُّلات السلوكية المبكرة، مثل التعرُّض وإزالة التحسُّس المنهجية. قد تبدو هذه التدخُّلات مشابهة جدًّا للتجربة السلوكية؛ في الواقع، قد يقوم المريض بنفس الشيء بالضبط في كلٍّ منها — مثل الذهاب إلى سوبر ماركت — لكن الأساس المنطقي

للتدخل مختلف، كما هو موضَّح في المربع الذي يحتوي على أمثلةٍ على التجارب القائمة على الفرضيات.

كيف تختلف التجارب السلوكية عن التعرُّض

التعرُّض	التجربة السلوكية
مبنيٌّ على نظريات التعلُّم السلوكية (الارتباط الشرطي الكلاسيكي)	مبنية على النظرية المعرفية؛ إذ تهدف إلى إثباتِ صحةِ المعتقَدات أو خطئها
تطبَّق آليةُ التغيير من خلال التعرُّض المطوَّل والتكرار، مما يؤدِّي إلى اعتياد استجابة القلق واختفائها في نهاية المطاف	تطبَّق آليةُ التغيير من خلال تغيير المعتقَدات؛ لذا فالتكرار ليس ضروريًّا، ولكن قد يكون مطلوبًا عَبْر مواقف أو سياقات مختلفة
قابل للتطبيق في المقام الأول على الخوف/القلق	قابلة للتطبيق عَبْر مجموعة من الاضطرابات
لا يولي اهتمامًا للمعتقَدات	
على سبيل المثال، الذهاب إلى السوبر ماركت والبقاء هناك حتى يقل القلق بنسبة ٥٠ في المائة.	على سبيل المثال، الذهاب إلى السوبر ماركت والبقاء هناك لفترة كافية؛ لمعرفة ما إذا كنت ستصاب بالإغماء أم لا.

تشير الأدلةُ الأولية إلى أن إعداد مهام التعرُّض بوصفها تجربةً سلوكية، أي: بوصفها اختبارًا لمعتقَد معيَّن، قد يكون أكثرَ فعالية من التعرُّض وحدَه. وتشير البيانات المأخوذة من دراسات الذاكرة، إلى أن التعلُّم التجريبي المستمَد من تجربة الحياة الواقعية مع المحتوى الانفعالي؛ يُعالَج على مستوًى أعمقَ ويمكن تذكُّره أكثرَ من المعلومات الواقعية البحتة، ويخلُص إنجلكامب إلى أن «الأفعال التي لاحظها الشخص ... أو التي سمِع عنها الشخص فقط ... قابلة للتذكر على نحوٍ أقلَّ من الأفعال التي قام بها الشخص بنفسه».

قد تكون التجاربُ السلوكية شكلًا قويًّا بشكل خاص من أشكال التعلُّم؛ لأنها تتضمَّن جميعَ مراحل التعلُّم التجريبي، مثل التخطيط والملاحظة والمشاركة النشطة والتفكير في التجربة. يمكن أن تكون التجارب السلوكية قائمةً على الفرضيات أو موجَّهة للاكتشاف. تهدف التجارب الموجَّهة نحو الاكتشاف إلى توليد البيانات؛ لمعرفةِ ما يمكن أن يحدُث في موقف معيَّن. وغالبًا ما تكون قائمة على الملاحظة، ويمكن أن تتضمَّن جَمْع

البيانات. على سبيل المثال، ما الاحتمال الفعلي للموت في أي رحلة من رحلات الطيران؟ أو ما متوسط مؤشِّر كتلة الجسم لأنثى في منتصف العمر في الولايات المتحدة؟ قد يشمل هذا البحث أو الاستبيانات. يمكن أن تكون الاستبيانات طريقةً جيدة لاكتشاف المعلومات حول ما يلاحظه الآخرون، أو كيفية تفسيرهم للأشياء، مثل إظهار علاماتٍ تدُل على القلق. لذا، إذا كان المريض يخشى أن ترتعش يداه وأن الآخرين قد يعتقدون عندئذٍ أنه مدمن كحوليات، فقد يكون من المفيد إجراءُ استبيان حول الكيفية التي سيفسِّر بها المريضُ نفسُه رؤيةَ شخصٍ آخر ويداه ترتعشان. يمكن أن تكون هذه الطريقة مفيدةً أيضًا في اضطرابِ تشوُّه الجسم (حيث يكون لدى المريض تصوُّر سلبي للغاية لأحد جوانب تجربته الجسدية). مثال على ذلك هو الحصول على مجموعةٍ من الصور لمجموعةٍ من الأشخاص، والطلب من المشاركين في الاستبيان تحديدُ ما إذا كان مظهر أيٍّ منهم يبدو غير عادي، وإذا كان الأمر كذلك، فلماذا. في كثيرٍ من الأحيان لا تُختار صورة المريض، وإذا اختيرت، فغالبًا لا يكون للسبب الذي يخشاه المريض.

أمثلة على التجارب التي تعتمد على الفرضيات

اختبار المعتقدات القديمة (الفرضية «أ»)

«إذا طلبت المساعدةَ، فسأتعرض للسخرية»

التجربة: أسأل شريكتي عما إذا كان بإمكانها اصطحابي إلى موقف السيارات لأخذ السيارة، وألاحظ كيف ستستجيب.

اختبار المعتقَدات الجديدة (الفرضية «ب»)

«إعادة الانخراط في الأنشطة التي أهملتها سيحسِّن مِزاجي»

التجربة: أقضي ثلاثين دقيقةً في القيام بأعمال البستنة مرتَين يوميًّا، وأراقب الحالة المزاجية.

مقارنة معتقَدَين مختلفَين (الفرضية «أ» مقابل الفرضية «ب»)

«هل ينظر الناس إليَّ لأنني غريب، أم فقط لأنهم ينظرون إلى الجميع؟»

التجربة: أحسبُ عددَ الأشخاص الذين يلتفتون للنظر إليَّ عندما أدخل المقهى، وعددَ الأشخاص الذين يلتفتون للنظر عندما يدخل آخرون.

التجارب القائمة على الفرضيات تُشبه إلى حدٍّ كبيرٍ التجاربَ العلمية، التي يكون لديك فيها فرضيةٌ محدَّدة تسعى إلى تأكيدها أو دحضِها. تُستخدم هذه التجارب عندما يكون لدى المريض تنبؤ واضحٌ بشأنِ ما سيحدث أو لن يحدث (على سبيل المثال، «سأفقد الوعي») بينما تكون التجارب الموجَّهة للاكتشاف مفيدةً، عندما تريد معرفةَ ما قد يحدث (على سبيل المثال، «ماذا سيحدث إذا لم أحاول إرضاءَ الناس؟»).

يمكن أن تكون التجارب طريقةً ممتازة لتغيير المعتقَدات حول عواقبِ أعراضِ القلق. تنبؤات مثل «سأفقد الوعي/سأصاب بالإغماء/سأتقيأ» قابلة بشدة للاختبار. غالبًا ما يقوم المعالِج بتجسيد التجربة أولًا من خلال التظاهر بالعرض (على سبيل المثال، من خلال التظاهر بالإغماء في مكان عام)، بينما يلاحظ المريض العواقب. ثم سيُطلب من المريض إجراءُ التجربة، والمعالِج يراقبها، وهذا في الوضع المثالي. من غير المحتمَل أن يؤديَ إجراء أي تجربة مرة واحدة إلى تغيير المعتقَد بالكامل؛ فقد يحتاج المريض إلى تكراره في الكثير من المواقف، ومع العديد من الأشخاص، وعلى مدارِ أوقاتٍ مختلِفةٍ ليكون واثقًا تمامًا من العواقب الحقيقية المحتملة. لهذا السبب، من المفيد أن يتعلَّم المرضى إجراءَ التجارب السلوكية بشكلٍ مستقل. يمكن أن تكون أوراق العمل مثل تلك الموضَّحة في الشكل ٢٤ دليلًا إرشاديًّا مفيدًا، لتنظيم التخطيط والتنفيذ والتفكير في التجارب السلوكية. يزيد التخطيط الدقيق من احتمالية توليد التجارب السلوكية لبيانات مفيدة. أولًا: يجب أن يكون كلٌّ من المريض والمعالِج واضحًا بشأن الغرض من التجربة؛ هل هو اختبار معتقَد معيَّن؟ أو مجرد معرفةِ ما سيحدث — على سبيل المثال — إذا فعلت شيئًا كنت تتجنَّبه في السابق، أو تصرَّفت بطريقةٍ مختلفة؟ إذا كان ذلك ذا صلة، فلا بد من وَضْع توقُّعٍ معيَّنٍ بالإضافة إلى تحديد طريقةٍ لمعرفةِ ما إذا كان التوقُّع قد تحقَّق أم لا. بعد ذلك، يحاول المريض والمعالِج التوصُّل إلى موقفٍ يختبر هذا التوقع. قد يشمل ذلك تحديدَ ليس فقط المكان أو الموقف، ولكن أيضًا العوامل الأخرى ذات الصلة مثل الأشخاص الآخرين الموجودين. يجب أن تضاهي صعوبةُ التجربة مستوى أداء المريض الحالي؛ أي ألَّا تكون صعبةً لدرجةٍ تدفعه لتجنُّبها أو تحمُّلها بضيق شديد، ولكن في نفس الوقت أن تكون صعبةً بما يكفي لتشكِّل تحديًا ومثيرًا للمشكلة.

في الحالة المثالية، تُجرى التجارب السلوكية الأولى مع وجود المعالِج، لتقديم الدعم والتنظيم المطلوبَين، ومع تقدُّم العلاج واكتساب المريض ثقةً أكبرَ في مهاراته، ينتقل المريض إلى تنفيذ التجاربِ بشكلٍ مستقل. من الجدير أن نتذكَّر أن أيَّ تجربة سلوكية

اليوم	الهدف المُراد اختباره	التجربة	التوقُّع (التوقُّعات)	النتيجة	ما تعلَّمتُه
	ما الفكرة أو الافتراض أو المعتقَد الذي تختبره؟ هل يوجد منظور بديل؟ قيِّم اقتناعك بالمعتقَدات (٠–١٠٠)	صمِّم تجربةً لاختبار المعتقَد (على سبيل المثال، اختبار توقُّع مقلِق، مواجهة موقف كنت ستتجنَّبه في المعتاد، التخلي عن الاحتياطات، التصرُّف بطريقة جديدة)	ما الذي تتوقَّع أن يحدَث؟ كيف ستعرف ما إذا كان هذا سيحدث أم لا؟	ما الذي حدث فعلًا؟ ما الذي لاحظته؟ كيف تتناسب النتيجةُ مع توقعاتك؟	ماذا يعني هذا بالنسبة إلى معتقَدك الأصلي؟ أو بالنسبة إلى منظورك البديل؟ إلى أيِّ مدًى تصدِّق هذا الآن (٠–١٠٠ في المائة)؟ هل يحتاج إلى تعديل؟ كيف؟
السبت	إذا ارتجفت يدي وأنا أدفع الحساب في المتجر، فسيظنون أنني أرتكب عمليةَ احتيال. (٦٠ في المائة)	أرجِف يدي عمدًا عند الدفع في محل البقالة.	سينظرون إليَّ بغرابة. سيستدعون الأمن. سيطلبون فرْض قيود إضافية على بطاقة الخصم الخاصة بي.	بدا أن أحدًا لم يُعِر الأمرَ أيَّ اهتمام. لم يتصلوا بالأمن ولا بالبنك.	ربما لم تكن رجفتي واضحةً كما اعتقدت. أو ربما لا يفسِّرها الجميع على أنها علامة على ارتكابِ فعلٍ خاطئ. (٩٠ في المائة)
الثلاثاء	إذا بدا عليَّ التوتُّر في الاجتماع فلن يحترم الناس آرائي (٩٠ في المائة)	أذهب إلى الاجتماع ولا أفعل أيَّ شيء لإخفاء قلقي.	لن يهتموا بالاستماع إلى آرائي. سيقاطعونني ليقولوا لي أن أصمت.	كنت متوترًا للغاية في الاجتماع؛ كانت يداي ترتجفان وتتعرَّقان. بدا أن أحدًا لم يُعِر الأمرَ أيَّ اهتمام، وبدا أنهم ينصتون عندما كنت أتحدَّث. شخص واحد فقط قاطعني، ولكنها قاطعت الجميع!	على الرغم من قلقي، ظل الناس ينصتون لما أقوله وبدا أنهم يقدِّرونه. (٩٥ في المائة)

شكل ٥-٥: ورقة تسجيل خاصة بالتجارب السلوكية.

هي خطوة باتجاه التجربة السلوكية المثالية؛ سيكون هناك دائمًا مجالٌ للشك، ويمكن استخدامُ هذا الشك لتوجيه التجربة السلوكية التالية. ومن ثَم، فإجراء التجارب السلوكية يجب أن يُنظر إليه على أنه رحلة، وقد تكون الرحلة هي الأهم وليس الوجهة؛ أي قد يكون تعلُّم الطريقة هو العامل الأهم. السيناريو المثالي هو أنه إذا واجه المريض شكًّا، أو كان لديه مَيل لتجنُّب موقفٍ ما، فستكون استجابته هي تحويل الموقف إلى تجربةٍ سلوكيةٍ لاستيضاح شكوكه أو معرفة ما إذا كان لديه مبرِّر للخوف من الموقف.

التدخُّل في النشاط مباشرةً

مثلما لا تشكِّل سجلات الأفكار وطَرْح الأسئلة السقراطية الأساليبَ المعرفية الوحيدة المستخدَمة في العلاج السلوكي المعرفي، فالتجارب السلوكية أيضًا ليست سوى واحدةٍ من مجموعةٍ من التدخُّلات السلوكية. أحدُ الأساليب الأخرى هو «جدولة الأنشطة». ترتكز جدولة الأنشطة على فرضية أن الطريقة التي نقضي بها وقتنا سيكون لها تأثيرٌ كبير على مزاجنا (مشاعرنا) وأفكارنا واستجاباتنا الفسيولوجية. كما هو مذكور في الفصل الثالث؛ فالحلقة المُفْرغة الشائعة في الاكتئاب هي الحالة المزاجية السيئة التي تؤدي إلى انخفاض النشاط، وهو ما يعني بدوره انخفاضَ فرصِ الإحساس بالمتعة، أو الشعور بالإنجاز، مما يؤدي بدوره إلى انخفاض الحالة المزاجية أكثرَ. تهدف جدولة الأنشطة إلى توفير طريقةٍ منظَّمة لكسر هذه الحلقة المفرغة. تتضمَّن المرحلة الأولى أن يحتفظ المريض بسجلٍّ مفصَّل للكيفية التي يقضي بها وقته حاليًّا، وأن يضع تقييماتٍ لمدى المتعة (٠–١٠) والإنجاز (٠–١٠) الذي يحصل عليه من كل نشاط.

بمجرد أن يتمكَّن المريض من تسجيل المعلومات حول الكيفية التي يقضي بها وقته، يُراجَع هذا السجل مع المعالِج. تشمل الجوانب التي يجب مراعاتها كيفيةَ قضاء المريض لوقته؛ هل يفعل الكثير جدًّا؟ أم القليل جدًّا؟ هل يعتني باحتياجاته الجسدية؛ هل ينام جيدًا؟ هل يأكل بانتظام؟ هل يمارس أيَّ رياضة؟ ما مدى اتساع نطاق أنشطته؟ هل يشمل مزيجًا من الالتزامات (مثل العمل والأعمال المنزلية ورعاية الأطفال) والاسترخاء؟ هل كل الأنشطة واجباتٌ من دون أيِّ ترفيه؟ هل هناك تواصلٌ ملحوظٌ مع أشخاصٍ آخرين؟ اعتبارٌ آخرُ هو رصدُ الفرْق بين نمط أنشطته الحالية وما كان يفعله قبل أن يصبح معتلًّا. ما الأنشطة التي توقَّف عن القيام بها؟ هل يفعل أيَّ نشاط بعينه أكثرَ؟ هل كل الأنشطةِ مسئولياتٌ من دون أيِّ متعة؟ ما مقدار الوقت المخصَّص للأنشطة التي

من المتوقَّع أن تكون ممتعة؟ أو التي تعطي شعورًا بالإنجاز؟ سيبحث المعالِج أيضًا عن أي أنماط واضحة في العلاقة بين الأنشطة والمتعة أو الإنجاز؛ هل تكون أوقاتٌ معيَّنة من اليوم أفضلَ أو أسوأَ؟ أم إنه توجد أنشطة أو ظروف أو أشخاص بعينهم يصعُب التعامل معهم على نحوٍ أكبرَ أو أقل؟ وأخيرًا، قد يشكِّك المعالِج في أي تقييمات تبدو غيرَ منطقية؛ على سبيل المثال، الأنشطةُ التي يُتوقَّع أن تكون ممتعةً، ولكن لا يجدُها المريض على هذا النحو. سيسعى المعالِج إلى فَهْم ما يمكن أن يكون مقوِّضًا للاستمتاع بهذه الأنشطة.

لقد شمِل هذا الفصل الأساليبَ الأساسية المستخدَمة في العلاج السلوكي المعرفي القياسي. ينتقل الفصل السادس إلى إلقاءِ نظرةٍ على المجالات التي تُطبَّق فيها هذه الأساليب.

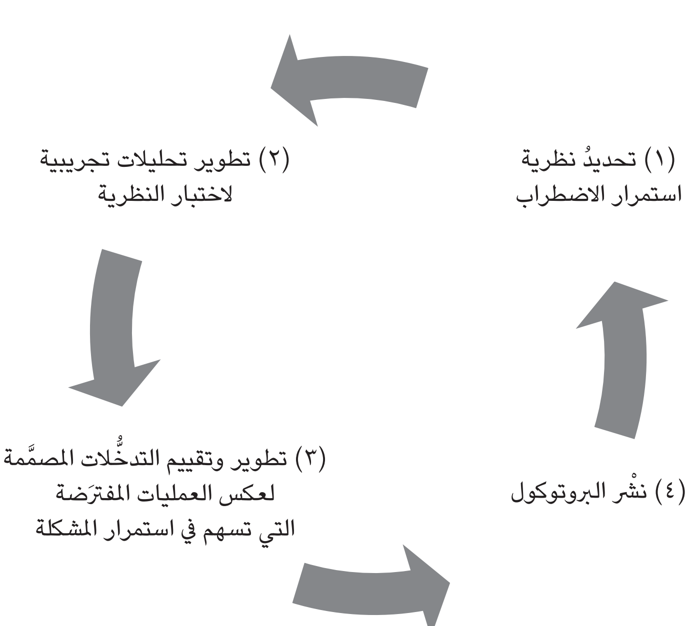
الفصل السادس

تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي

ركَّزت الأشكال المبكِّرة من العلاج السلوكي على أساليبِ التعرُّض الخاصة بعلاج القلق، واستهدفت الأشكالُ المبكرة من العلاج المعرفي التفكيرَ السلبي في الاكتئاب. ومنذ تطوير التدخُّلات المعرفية والسلوكية المتكاملة في الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، يُطَبَّق العلاج السلوكي المعرفي في مجموعةٍ متزايدة من المجالات. سيقدِّم هذا الفصل لمحةً عامة عن نطاقِ المشكلات ومجموعات المرضى الذي استُخدم فيه العلاج السلوكي المعرفي. وكما هو مذكور في الفصل الأول، يرجع جزءٌ كبير من نجاح هذا النوع من العلاج إلى قدرتِه على التطوُّر، وهو ما يحدُث من خلال عملية الممارسة القائمة على الأدلة، كما هو موضَّح في الشكل ٦-١.

لقد قادت الممارسة القائمة على الأدلة العلاج السلوكي المعرفي إلى تطوير مجالاتٍ عدة، أهمها تطويرُ نماذج العلاج السلوكي المعرفي الخاصة بالتشخيص. أدَّت الملاحظات التي تشير إلى أن المرضى الذين يعانون اضطرابَ قلقٍ بعينه يميلون إلى تفسير المواقف بطرقٍ متشابهة؛ إلى تطوير نماذجَ محدَّدة من العلاج السلوكي المعرفي لصياغة اضطرابات القلق المختلفة. لذا، فبدلًا من صياغة جميع اضطرابات القلق وعلاجها بنفس الطريقة، بناءً على سِماتها المشتركة، طُوِّرَت بروتوكولات لاستهداف التشوُّهات المعرفية الأساسية الخاصة باضطراب القلق المحدَّد. يُفترض أن تكون مثل هذه العمليات مركزيةً في الحفاظ على هذا التشخيص المحدَّد. كان أحدُ أقدمِ النماذج الخاصة بالتشخيص موجهًا لفهم اضطراب الهلع وعلاجه، ويُعَد تطوير العلاج السلوكي المعرفي لعلاج اضطراب الهلع مثالًا جيدًا على عملية الممارسة القائمة على الأدلة.

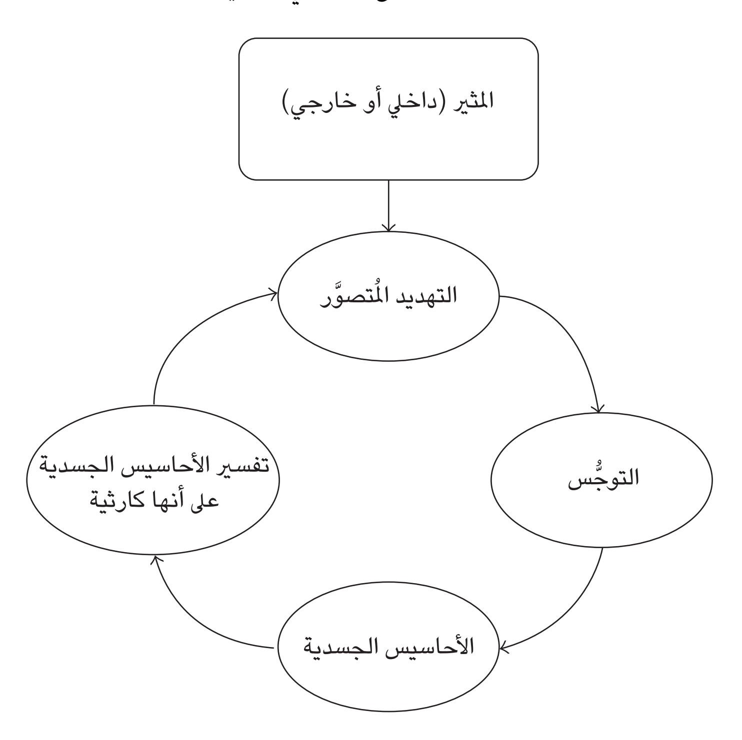
لاحظ عالِم النفس السريري في جامعة أكسفورد، ديفيد إم كلارك، أن المرضى الذين يعانون اضطرابَ الهلع يميلون إلى إساءة تفسير أحاسيسهم الجسدية غير الخطيرة على



شكل ٦-١: عملية الممارسة القائمة على الأدلة.

نحوٍ كارثي؛ أي تفسير الإحساس الجسدي على أنه علامةٌ على كارثة وشيكة. على سبيل المثال، يمكن تفسيرُ الزيادة في معدَّل ضربات القلب على أنها نوبةٌ قلبية وشيكة، بدلًا من تغيُّر طبيعي أو تفسيرات حميدة أخرى مثل الإجهاد أو الإفراط في تناول الكافيين. وبالمثل، يمكن تفسيرُ الصداع على أنه سكتة دماغية. أو الدوخة كعلامة على انهيارٍ وشيك. غالبًا ما كانت الأحاسيسُ التي أُسيءَ تفسيرُها على أنها علامات على كارثة وشيكة؛ هي الأعراضَ الفسيولوجية للقلق نفسه (مثل التعرُّق وزيادة معدَّل ضربات القلب وضيق التنفس والسخونة ... إلخ) مما أدَّى إلى حلقة مفرغة من تزايد القلق والأحاسيس الفسيولوجية. بناءً على هذه الملاحظات، اقترح كلارك في عام ١٩٨٦ النموذجَ المعرفي لاضطراب الهلع، وهو أحد نماذج العلاج السلوكي المعرفي الأولى الخاصة بالتشخيص.

إن اقتراح نظريةِ استمرار الاضطراب هو المرحلة الأولى في عملية الممارسة القائمة على الأدلة الموضَّحة في الشكل ٦-٢. وتتضمَّن المرحلة التالية إجراءَ اختبارات تجريبية لهذه النظرية؛ على سبيل المثال، وجدت التجارب أن المرضى الذين يعانون اضطرابَ الهلع



شكل ٦-٢: نموذج كلارك المعرفي الخاص باضطراب الهلع.

قد طوَّروا وعيًا أكبرَ بحالة القلب، ولكن ليس بحالة المَعِدة، مما يشير إلى أنهم يُظهِرون اهتمامًا متزايدًا بالأحاسيس الجسدية ذات التهديد المحتَمل. أو أن نوبات الهلع يمكن أن تحدُث بسبب دخولِ مادة بيولوجية للجسم تشكِّل تحديًا، مثل استنشاق ثاني أكسيد الكربون أو حقن اللاكتات، لإحداثِ أحاسيسَ جسديةٍ غير متوقَّعة. تؤدي هذه التحدياتُ إلى نوبات الهلع فقط، عندما لا يُعْلَم المريضُ بأن الأعراضَ التي يعانيها هي نتيجة للتحدِّي البيولوجي؛ أي عندما لا يُقدَّم له تفسيرٌ بديل غير مهدِّد للأعراض.

بعد مرحلةِ النظرية والاختبارات التجريبية، فالمرحلة الثالثة في دورة الممارسة القائمة على الأدلة، هي تطوير وتقييم التدخُّل الذي يهدف إلى عكس آليات الحلقات المُفْرغة المفترَضة. هذا ما يهدف العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الهلع إلى القيام به؛ لتخفيف مَيل المريض لإنشاء تفسيراتٍ خاطئةٍ كارثيةٍ للأحاسيس الجسدية غير الضارَّة. وعادةً ما يجري ذلك من خلال صياغةٍ دقيقة، يتبَعها مزيج من تحدي واختبار التفسيرات الخاطئة

الكارثية، بالإضافة إلى اختبار تفسيرات بديلة وأكثر اعتدالًا للأعراض. عادةً ما تنتقل بروتوكولات التعامل مع الهلع بعد ذلك إلى الحد من التجنُّب، والتعرُّض إلى الأحاسيس الجسدية المخيفة والمواقف التي تثيرها. أظهر العديدُ من التجارب العشوائية المضبوطة، أن العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الهلع فعَّالٌ في تقليل تواتر نوبات الهلع، بحيث لا يتعرَّض معظم المرضى إلى أية نوبات هلع في نهاية العلاج، ويحافظون على هذا على مدار فترة المتابعة. ومع ذلك، في حين أن نتائجَ التجارب العشوائية المضبوطة بعنايةٍ تُعَد مصدرًا مهمًّا للأدلة، فإنها لا تكون مفيدةً بشكلٍ خاص ما لم تُعمَّم في الرعاية السريرية الروتينية لعامة الناس، الذين يعانون اضطرابَ الهلع. لذا فالمرحلة الرابعة من عملية الممارسة القائمة على الأدلة هي نَشْر البروتوكول. إن إظهار فعالية العلاج في ظل الظروف المثالية شيء، وإثبات فعاليته في الرعاية السريرية الروتينية شيءٌ آخرُ. يعتبر نشرُ التدخُّلات الجديدة، التي تسمَّى أيضًا «علم التطبيق»، مجالًا بحثيًّا صعبًا بشكل خاص، وسُيناقش بمزيد من التفصيل في الفصل السابع. وفيما يتعلَّق بالعلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الهلع، فقد تحقَّق بعضُ التقدُّم في نشرِه. على سبيل المثال، أظهرت إحدى الدراسات أن نسبة المرضى الذين عولجوا من الهلع قد زادت، بعد أن تلقَّى الأطباء تدريبًا على العلاج السلوكي المعرفي للهلع، مقارنةً بما كان يحدُث قبل حصولهم على التدريب، مما يُشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الهلع يمكن نشرُه بنجاح.

يمكن أن توفِّر عملية تعميم العلاج ليصبح رعايةً روتينية، فرصًا لمزيدٍ من تطوير العلاج. تعني الأعداد المتزايدة والتباين في الأشخاص الذين عولجوا في الممارسة الروتينية، أن التدخُّل قد لا يحصل على نفس النتائج في الممارسة الروتينية، كما حدث في التجارب البحثية الأصلية. وبدلًا من النظر إلى هذا على أنه عيبٌ أو فشلٌ للعلاج الأصلي، يمكن أيضًا اعتباره فرصةً لمزيد من التطوير لكلٍّ من النظرية والتدخُّل على حدٍّ سواء. قبل أن نتناول هذا الأمر بمزيد من التفصيل، يجدُر النظر في الاختلاف بين الفعالية والكفاءة فيما يتعلق بالعلاجات.

الكفاءة في مقابل الفعالية بالنسبة إلى العلاجات

كفاءة العلاج هي تأثيرُ التدخُّل في ظل أفضلِ الظروف الممكنة. على النقيض من ذلك، فالفعالية هي تأثيرُ التدخُّل في ظل الظروف العملية أو ظروف «الحياة الواقعية»، مع الأخذ في الاعتبار عواملَ

أخرى مثل مقبولية التدخُّل والالتزام به. لذلك تحدِّد تجاربُ الكفاءة تأثيرَ التدخُّل في ظل الظروف المثالية، بينما تقيس تجاربُ الفعالية (التجارب العملية) تأثيرَ التدخُّل في ظروف العالم الحقيقي.

هناك العديد من الاختلافات بين تجارب الكفاءة وتجارب الفعالية. في دراسات الكفاءة، تُبذل الجهود لتعظيم «الصلاحية الداخلية»؛ لذلك عادةً ما يكون هناك تخصيصٌ عشوائي للحالات النشطة أو الضابطة، ويجري تدريب المعالِجين وتأهيلهم لمستوًى محدَّد من الأداء. وربما اختير المرضى بشكل نشط لأنهم يعانون مشكلةً محدَّدة واحدة فحسب، ولأنهم تمثيلٌ نموذجي لتلك المشكلة. في المقابل، تولي تجاربُ الفعالية الأولويةَ لـ «الصلاحية الخارجية»؛ ومن ثَم تهدف إلى ضم الحالات التي تمثِّل تلك التي شوهدت في الممارسة السريرية الروتينية، والتي قد تشمل الحالات المَرضية المشتركة والأعراض غير النمطية. قد تختلف جوانبُ التدخُّل أيضًا — في الممارسة الروتينية، يرى المعالِجون عادةً مجموعةً واسعة من الأعراض لدى المرضى — ولكن في تجربة الكفاءة، قد يكون المعالِجون خبراءَ في علاج هذه المشكلة بالذات. قد تختلف المواردُ المتاحة أيضًا؛ تهدف تجربةُ الكفاءة إلى تقييمِ تأثيرِ العلاج في ظل الظروف المثالية؛ ومن ثَم تُقدَّم الجرعةُ القصوى من العلاج إلى المرضى من قِبل معالجين مدرَّبين تدريبًا عاليًا وخاضعين للإشراف. في المقابل، تسعى تجاربُ الفعالية إلى تقييمِ كيفيةِ عمل العلاج في الممارسة الروتينية؛ حيث ستكون هناك قيودٌ على الموارد؛ لذلك قد يكون المعالِجون أقلَّ خبرةً في هذا التدخُّل بالذات، وقد تكون جرعة العلاج أقل، وقد يكون العبء على المعالِجين فيما يخص عدد الحالات أعلى.

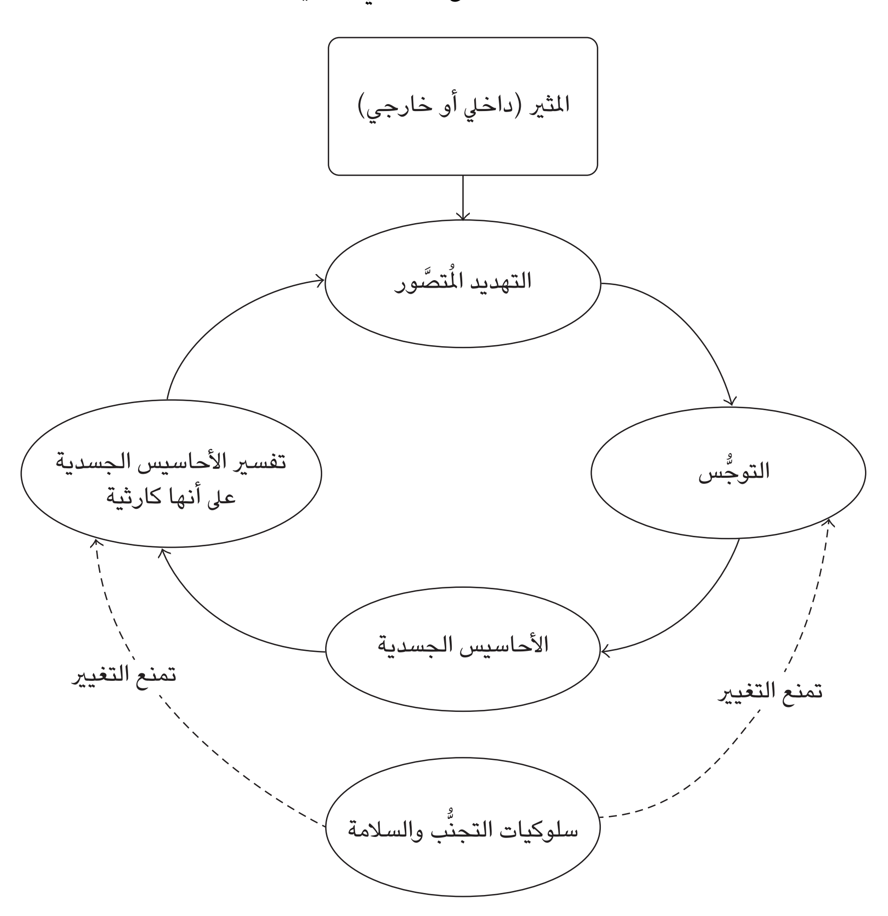
تشكِّل خسارةُ الوزن مثالًا على الاختلاف بين الكفاءة في مقابل الفعالية لتدخلٍ ما. البرامج التلفزيونية التي تركِّز على فقدان الوزن الشديد تمنح المشاركين الكثيرَ من دعم الخبراء والأقران، للانخراط في التمارين والالتزام بنظامٍ غذائيٍّ منخفض السعرات الحرارية. يتبَع التدخُّل — ألا وهو الحصول على سعراتٍ حرارية أقلَّ وممارسة المزيد من التمارين في هذه الحالة — بشكلٍ أساسي ما سينصح به الممارس العام أيَّ مريض يعاني زيادةَ الوزن. ومع ذلك، فالشدة التي يقدَّم بها هذا التدخُّل، والدعم المقدَّم بغرض الالتزام به، يختلفان بشكل ملحوظ. لذا فقد أظهر اتباعُ نظام غذائي وممارسة الرياضة كفاءةً عالية في علاج السمنة، ولكنه أظهر فعاليةً أقلَّ بكثير؛ لأن معظم المرضى غير قادرين على الالتزام بالتدخُّل من دونِ مستويات عالية جدًّا من الدعم. هذا مشابهٌ لحالة الأدوية العالية الكفاءة، ولكن يجد المرضى صعوبةً في تحمُّل آثارها الجانبية أو اتباع الأنظمة الشديدة التقييد.

إذن فما يمكن أن يحدُث هو أن العلاج يبدو أقلَّ فعاليةً في ظروف العالَم الحقيقي، مما كان عليه في تجاربِ الكفاءة الأصلية؛ فهناك حلْقةٌ ما قد فُقدت. في حين أن هذه المسألة مخيِّبة للآمال في البداية، ولكن يمكن استخدامُها فرصةً لمزيد من التطوير. لا بد

من فَهْم الملاحظة التي تفيد بأنه لا يستجيب جميعُ المرضى على النحو الأمثل للعلاج، الذي بدوره قد يؤدي إلى مزيدٍ من التطوير للنظرية الأساسية، والتحسينات الناتجة عنها في التدخُّلات. على سبيل المثال، أدَّت ملاحظاتُ مرضى اضطراب الهلع الذين لم يستجيبوا على النحو الأمثل، إلى توسيعِ النظرية المعرفية لاضطراب الهلع. كان معروفًا بالفعل أن تجنُّب المواقف التي تثير القلق يعمل على الحفاظ على القلق، من خلال مَنْع المرضى من اكتشافِ أن تفسيراتهم للأحاسيس الجسدية كانت خاطئة. ومع ذلك، أدَّت الدراسة المتأنية للمرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج إلى ملاحظةِ أنه على الرغم من أن هؤلاء المرضى لم يبدُ أنهم كانوا يتجنَّبون موقفًا بعينه صراحةً، فربما كانوا يتجنَّبون بشكل غير مباشر جوانبَ معيَّنة منه. أدَّى هذا بدوره إلى دَمْج مفهوم «سلوكيات السعي إلى السلامة» في النموذج المعرفي للهلع، كما هو موضَّحٌ في الشكل ٦-٣.

سلوكياتُ السعي إلى السلامة هي سلوكياتٌ يحاول من خلالها المريضُ الحفاظَ على سلامته، في موقف يعتبره خطيرًا، ولكنها في الواقع تمثل أشكالًا خفيةً من التجنُّب؛ ومن ثَم تمنع إدراك أنه في الواقع يقوم بتفسيرات خاطئة كارثية؛ ومن ثَم تساعد في استمرار المشكلة. على سبيل المثال، إذا كان المريض يخشى تعرُّضه لنوبة قلبية، فقد يقيس نبضه لطمأنة نفسه، وهذه الطمأنينة تقلِّل من قلقه، ولكنها تمنعه أيضًا من اكتشافِ أنه لم يكن سيصاب بنوبةٍ قلبية، سواء أكان نبضه مرتفعًا أم لا. أو، إذا كان يخشى مما قد يظنه الناس به إذا ظهرت عليه أعراضُ القلق في موقف معيَّن، فقد لا يتجنَّب الموقف تمامًا، ولكن بدلًا من ذلك يهتم بشدة بالتحكُّم في أي أعراض قلق أو إخفائها، عندما يكون في هذه الحالة؛ على سبيل المثال، تجنُّب إظهار يدَيه (خوفًا من ظهور الارتعاش). أدَّت الدقة المتزايدة للنماذج الخاصة بالتشخيص إلى تغييراتٍ في بروتوكولات العلاج السلوكي المعرفي. على سبيل المثال، في اضطراب الهلع، سيبحث المعالِج على نحوٍ حثيث عن التفسيرات الخاطئة الكارثية للأحاسيس الجسدية؛ إذ تشير النظريةُ ذاتُ الصلة إلى أن هذه التفسيرات حاسمةٌ في استمرار نوبات الهلع، وسيكون على درايةٍ بإمكانية أن تكون سلوكيات البحث عن السلامة الخفية شكلًا من أشكال التجنُّب؛ ومن ثَم تقوِّض فعالية التعرُّض.

كانت الدراسات التجريبية وتجاربُ العلاج بشكل عام داعمةً للنماذج الخاصة بالتشخيص. ومن ثَم، اقتُرِحَت مثل هذه النماذج للعديد من مشكلات الصحة العقلية الشائعة. على سبيل المثال، يُعتقد أن القلق الصحي تُبْقي عليه تفسيراتٌ خاطئة



شكل ٦-٣: نموذج معرفي مُعدَّل لاضطراب الهلع.

كارثية مشابهة للأحاسيس الجسدية، كما هو الحال في اضطراب الهلع، ولكن على مدًى زمني أطول. لذا فالإحساس بالوخز في أصابعِ المريض يمكن أن يُساء تفسيره على أنه علاماتٌ مبكِّرة للتصلب المتعدِّد، وليس على أنه نوبةٌ قلبيةٌ وشيكة. وبالمثل، اقتُرِحَت بروتوكولات ونماذجُ علاج سلوكي معرفي خاصة بالتشخيص، وحصلت على دعم تجريبي لعلاج اضطرابات القلق الأخرى، بما في ذلك أنواعٌ محدَّدة من الرُّهاب، واضطراب الوسواس القهري، والرُّهاب الاجتماعي، واضطراب القلق العام. بالطبع تختلف التفسيرات الخاطئة الأساسية التي يُعتقد أنها تكمُن وراء تلك الاضطرابات. في

حالة الرُّهاب، ينصبُّ التركيزُ على الخوف من استجابة القلق نفسها، وكذلك المعتقَدات المتعلِّقة بالخطر حول مصدر الرُّهاب؛ على سبيل المثال، إن العناكب من المحتمل أن تلدغ. يشمل الرُّهاب الاجتماعي أيضًا الخوفَ من أعراض القلق، ولكنه يركِّز بشكل أكبرَ على كيف سيرى الآخرون ظهورَ أعراض القلق، أو غيرها من نقاط الضعف المفترَضة. تختلف الموضوعات المعرفية الأساسية في اضطراب الوسواس القهري؛ اعتمادًا على طبيعة الهاجس الأساسي (مثل التلوُّث في مقابل التحقُّق) ولكنها تركِّز على موضوع الشعور المفرِط بالمسئولية عن مَنْع الضرر. يقدِّم المربع أدناه أمثلةً للأفكار المعتادة في اضطرابات القلق المختلِفة.

أفكار معتادة في اضطرابات القلق المختلفة

الرُّهاب الاجتماعي

«سأتعرَّق/سأرتجف/سأتلعثم»

«سيرى الناس أنني قلِق ... لن يحترموني»

«لا أعرف ماذا سأقول، سأبدو غبيًّا»

«إذا رأى الناس حقيقتي، فسينتقدونني/فسيرفضونني»

رُهاب محدَّد

«العناكب خطيرة/مثيرة للاشمئزاز»

«إذا اقترب العنكبوت مني، فلن أتمكَّن من التأقلم»

«سيزحف إلى فمي»

اضطراب الوسواس القهري

«الجراثيم في كل مكان — يمكن أن أكون ملوَّثًا»

«إذا لم أتحقَّق، فقد يغمرها الماء/تشتعل فيها النيران»

«لا يمكنني التأكُّد من أنني أغلقته ... ستكون كارثة إذا لم أكن قد فعلت»

اضطرابُ القلق العام

«يمكن أن يحدث خطأ ... ستكون كارثة إذا حدث ذلك»

«عدم اليقين مرعب»

«يجب أن أفكِّر في المستقبل، وأحاول توقُّع أيِّ شيء يمكن أن يحدُث بشكل خاطئ»

«كل هذا القلق سيئ بالنسبة إليَّ ... لا يمكنني التحكُّم فيه»

اضطراب الهلع

«الأحاسيس الجسدية غير المفسَّرة مرعبة»

«سأفزع ولن أكون قادرًا على التأقلم»

«سأفقد الوعي/سأتعرض لأزمة قلبية/سأصاب بسكتة دماغية/سأموت»

العلاج السلوكي المعرفي والصدمات

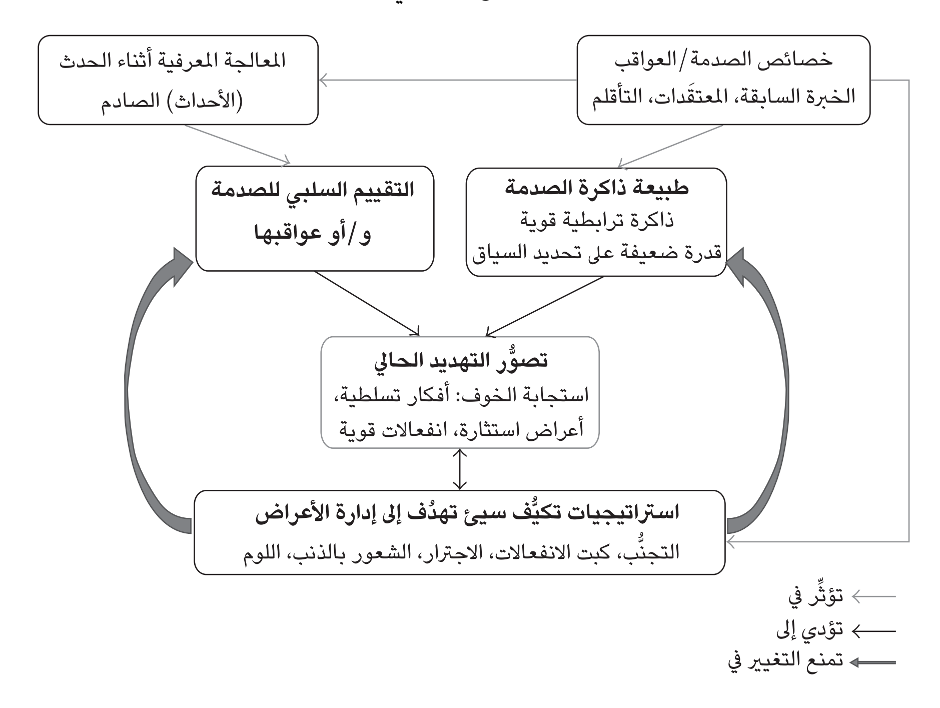
أحدُ المجالات المتعلقة باضطرابات القلق التي طُبِّق العلاج السلوكي المعرفي عليها؛ هو علاج «الصدمات». ما يشكِّل الصدمة هو محلُّ جدلٍ، ولكن التعريف المقبول عمومًا هو حدَث يتضمن إصابةً خطيرة أو موتًا فعليًّا أو تهديدًا به، أو تهديدًا للسلامة الجسدية للشخص أو للآخرين. «اضطرابُ ما بعد الصدمة» هو استجابةٌ شائعة للتعرُّض إلى حدث صادم. وهو ينطوي على أعراضٍ مثل معاودة معايشة الحدث في استرجاعٍ لذكريات الماضي، والأفكار التسلطية أو الكوابيس، والتجنُّب الشديد للتذكير بالصدمة، وأعراض الاستثارة المتزايدة (مثل سرعة الغضب، والإجفال المُبالغ فيه، والأرق، وصعوبة التركيز) والتغيرات السلبية في الفكر والمزاج (مثل فقدان الاهتمام، أو التقييمات السلبية للذات/العالم/الآخرين، أو الانفصال، أو الشعور باللوم، أو المشاعر السلبية الأخرى).

وعلى الرغم من تصنيفه سابقًا على أنه أحدُ اضطرابات القلق، فإن التصنيف الأحدث (الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي) قد نقل اضطرابَ ما بعد الصدمة إلى فئةٍ منفصلة تندرج تحت اسم «الصدمات والاضطرابات المرتبطة بالتوتر». يمكن أن تحدُث الصدمة في مرحلة الطفولة أو في حياة البالغين، ويمكن تصنيفها على أنها من

«النوع الأول» أو «النوع الثاني» وفقًا لما إذا كانت ناتجة عن واقعة واحدة مثل حادث أو ظروفٍ استمرَّت فترةً زمنيةً أطول، مثل المعارك أو الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة.

ردودُ الفعل على الصدمة متغيرة بشكلٍ كبير، واضطراب ما بعد الصدمة ليس الاضطراب الوحيد. في حين أن العديدَ من الذين يعانون الصدمةَ ستظهر عليهم أعراضُ اضطرابِ ما بعد الصدمة؛ فقد يستجيب آخرون بالإصابة بالاكتئاب، أو يتطوَّر لديهم اضطراب القلق العام بصورةٍ أكبرَ، أو نوع محدَّد من الرُّهاب؛ على سبيل المثال، رُهاب القيادة بعد التعرُّض لحادث مروري. على المستوى الأساسي الأبسط، العلاج السلوكي المعرفي يرى القلقَ على أنه مدفوع بتصوُّر وجود تهديد؛ تصوُّر أن شيئًا سيئًا قد يحدُث في المستقبل. ما يميز اضطرابَ ما بعد الصدمة عن اضطرابات القلق الأخرى؛ هو أن الحدَث الذي يثير القلقَ أو الصدمة قد وقع بالفعل في الماضي. ومن ثَم، فما تهدف نماذجُ العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابِ ما بعد الصدمة إلى فَهْمه هو كيف يُنظر إلى الصدمة على أنها تهديدٌ حاليٌّ أو مستقبلي، ولماذا لا يتضاءل ذلك بشكلٍ طبيعي مع التجربة. وفي حين أن معظم الأشخاص الذين مرُّوا بتجربةٍ صادمةٍ سيستجيبون في البداية بإظهارِ بعض أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة على الأقل؛ فالنمط الأكثر شيوعًا هو نمط التعافي التلقائي. أي إن هذه الأعراض ستختفي تدريجيًّا مع مرور الوقت. على سبيل المثال، أظهرت إحدى الدراسات أنه في حين أن ٩٤ في المائة من عينةٍ مكوَّنة من خمسٍ وتسعين ضحيةَ اغتصابٍ، عانَيْن من جميع الأعراض اللازمة لتشخيص اضطرابِ ما بعد الصدمة بعد فترةٍ وجيزةٍ من الاغتصاب، بعد ثلاثة أشهرٍ من الاغتصاب، فقط ٤٧ في المائة من النساء الضحايا استوفين هذا المعيارَ، مما يعني أن نصفهن تقريبًا قد أظهرن تحسنًا ملحوظًا في غياب أيِّ علاج. ومن ثَم، توجد عمليةُ تعافٍ طبيعيٍّ تتبَع حتى أكثر التجارب إيلامًا، وما تسعى نماذجُ العلاج السلوكي المعرفي إلى فَهْمه هو ما يعرقل هذه العملية، في حالة الأشخاص الذين يستمرُّون في المعاناة من الأعراض. اقترح عالِما علم النفس السريري، أنكه إيلرز وديفيد إم كلارك، نموذجَ علاج سلوكي معرفي لاضطرابِ ما بعد الصدمة موضَّحًا في الشكل ٦-٤ الذي يحاول شرحَ كيف تظل أعراضُ اضطرابِ ما بعد الصدمة مستمرَّة.

تبعًا لصياغات العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابِ ما بعد الصدمة، طُوِّرَت أشكالٌ محدَّدة من تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي لعلاج أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة. تركِّز المكوِّنات المعرفية على تحديد الطريقة التي تُفَسَّر بها الصدمة على أنها تهديد حاليٌّ،



شكل ٦-٤: نموذج علاج سلوكي معرفي لاضطرابِ ما بعد الصدمة.

وعلى إعادة تقييم واختبار تلك التفسيرات (حيثما كانت آمنة). تركِّز المكوِّنات السلوكية على التعرُّض للجوانب التي تم تجنُّبها من الصدمة، غالبًا عن طريق جَعْل المريض «يعيد معايشة» الصدمة من خلال استرجاع الذكرى بشكلٍ متكرِّر حتى يصبح القلق مُروَّضًا، أو التفسير التصحيحي مدمجًا. التفسير الشائع أثناء الحدَث الصادم هو تصوُّر التهديد، على سبيل المثال، إنك قد تموت. يمكن أن تساعد معاودةُ معايشة الصدمة الفردَ على دمْج المعلومات التصحيحية في ذاكرته المشبَّعة بالصدمة؛ فعلى الرغم من أنه كان يخشى أن يموتَ في وقت وقوع الحدث الصادم، فهو في الواقع لم يَمُت. مصدرٌ آخرُ شائعٌ للتهديد في اضطرابِ ما بعد الصدمة هو تفسيرُ عواقب الصدمة؛ يشعر الفرد أنه أو حياته أو إدراكه للعالم قد تغيَّر بشكلٍ أساسي إلى الأسوأ بسبب الصدمة. على سبيل المثال، قد يفسِّر تجربته مع أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة على أنها تعني أنه يفقد عقلَه، أو أنه لم يَعُد نفس الشخص. يمكن استخدامُ أساليب العلاج السلوكي المعرفي التقليدية لتطبيع حدوث

أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة، بعد حدوث الصدمة ومواجهة التفسيرات السلبية على نحوٍ مفرط. ومع ذلك، من المهم أن ندركَ أن هناك العديد من الحالات التي قد تكون فيها حياةُ الشخص قد تأثَّرت سلبًا بشكلٍ دائم من جرَّاء الصدمة. على سبيل المثال، إذا كانت هناك إعاقةٌ مستمرة نتجت عن ذلك، أو ألمٌ دائم، أو فقدان للأحباء. في مثل هذه الظروف، قد تكون هناك حاجةٌ إلى صياغةٍ أوسع، تتداخل مع نهج العلاج السلوكي المعرفي الذي جرى تطويره لأولئك الذين يعانون ظروفَ حياة سلبية ومستمرة.

التكيُّف مع الشدائد

يتمثَّل أحد الانتقادات الشائعة للعلاج السلوكي المعرفي في أن تركيزه على تصحيحِ التقييمات المشوَّهة، يعني أنه ليس لديه الكثير ليقدِّمه لأولئك الذين يعيشون في ظروفٍ سلبيةٍ، والذين قد تكون تقييماتهم السلبية واقعية. في السنوات الأخيرة، طبَّق معالجو العلاج السلوكي المعرفي مِثل الطبيب النفسي ستيرلنج موري، نماذجَ وأساليبَ العلاج السلوكي المعرفي على أولئك الذين يعانون ظروفَ حياة سلبية؛ على سبيل المثال، على مَن جرى تشخيصهم بمرض عُضال. تقترح مثل هذه النُّهُج أن الأمراض وأحداث الحياة الخطيرة تتحدَّى معتقداتنا الأساسيةَ الكامنة عن أنفسنا والعالم والمستقبل. يتضمَّن التكيُّف مع الفَقْد أو الإصابة أو المرض عمليةَ تقييمٍ وإعادةِ تقييم، وستؤثِّر هذه التقييمات بدورها على استراتيجيات التكيُّف التي يمكن أن تسهِّل هذه العملية أو تعرقلها. تهدف تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي إلى فحص التكيُّف الجيد والتكيُّف السيئ، ومساعدة الشخص خلال عملية التكيُّف مع ظروفِه المتغيرة والاستفادة من ظروفِه على أفضلِ وجه، مهما كانت صعبة. يُولَى اعتبار للأفكار السلبية الواقعية، وقد يكون أسلوب حل المشكلات أكثرَ ملاءمةً من تحدي مثل هذه الأفكار. الهدف هو تعظيم الفرص وتقليلُ المعاناة على الرغم من الظروف. وغالبًا ما يكون هناك تداخلٌ كبيرٌ بين ظروف الحياة السلبية وتجربة الصدمة (بالنسبة إلى طالبي اللجوء على سبيل المثال)، وقد تكون هناك حاجةٌ إلى صياغةٍ مصمَّمةٍ خصِّيصى لدمج كلٍّ من التجارب المؤلمة التي أدَّت إلى ظهور أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة، والظروف السيئة التي أدَّت إلى ظهور التحديات الحالية. على سبيل المثال، طلبت سيدةٌ تُدعى أكوسوا اللجوءَ في المملكة المتحدة مع ابنها الصغير، بعد أن تعرَّضت للعنف الشديد وشهِدته في بلدها الأم. وعلى الرغم من أنها كانت تشعر بالارتياح لابتعادها

عن الخطر المباشر، ظلَّت تشعر بأعراضِ ما بعد الصدمة مثل الكوابيس واسترجاع ذكريات الماضي. كانت خائفةً من أن تصادف أحدَ مَن اعتدَوا عليها، في شوارع لندن، أو أن طلبها بالبقاء في المملكة المتحدة سيُرفض وسَتُرَحَّل إلى بلدها أو موطنها الأصلي. ونظرًا لوضعِ طلب لجوئها غير المؤكَّد، فمن السهل رؤيةُ كيف يظل التهديد المتصوَّر قائمًا. بما أن أكوسوا قد تعرَّضت في السابق للعنف والصدمات الجنسية من شخصياتٍ في السلطة (الشرطة والجنود) فقد وجدت صعوبةً بالغةً في الوثوق بمَن في مناصب السلطة. بالإضافة إلى ذلك، لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغتها الأولى، مما يعني أنها كانت منعزلةً جدًّا في المملكة المتحدة، وكافحَت للحصول على عمل. بالنسبة إلى أكوسوا، كان المعالِج بحاجةٍ إلى قضاء وقتٍ إضافي معها لإقامة علاقةٍ مبنيةٍ على الثقة (عَبْر مترجِم)، والعمل على سلامتها واستقرارها، قبل أن يتمكَّنا من الانتقال إلى محاولة علاجِ أعراضِ ما بعد الصدمة. وما زاد من تعقيد علاج صدمة أكوسوا الخطر الحقيقي المتمثِّل في إمكانية ترحيلها إلى بلدها الأصلي مرةً أخرى، إذا رُفِض لجوءُها. بالإضافة إلى ذلك، كانت الحياة اليومية لأكوسوا صعبة؛ فقد كانت إقامتها في أماكن الإقامة المؤقتة الرديئة، والعزلة الاجتماعية، والموارد المالية المحدودة للغاية تشكِّل تحدياتٍ يومية. عمِل المعالِج مع أكوسوا على حلِّ مشكلة بعضٍ من ظروف حياتها الصعبة هذه، وإجراء تغييراتٍ مثل تلقِّي دروسٍ في اللغة الإنجليزية والتواصل مع أمهاتٍ أخريات. ساعد هذا أكوسوا على أن تصبح مستقرةً بما يكفي؛ لتكون قادرةً على العمل على أعراضِ ما بعد الصدمة الخاصة بها مباشرة.

السلوكيات المتعلِّقة بالصحة

يتبع استخدام العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة أولئك الذين يعانون ظروفَ حياةٍ سلبية؛ تطبيقه على السلوكيات المتعلقة بالصحة. في الوقت الحالي، يتأثَّر العديد من أكبر تحديات الصحة العامة، مثل السمنة وإساءة استخدام العقاقير، بسلوكياتنا المتعلقة بالصحة؛ ومن ثَم يجب أن تكون قابلةً للخضوع لاستراتيجيات تغيير السلوك. بالمثل، يشكِّل تحديًا مماثلًا تحسينُ إدارة الحالات الطويلة المدى، إما عن طريق التأثير على السلوكيات المتعلقة بالصحة، أو من خلال التدخُّلات التي تهدف إلى تسهيل الالتزام بالعلاج، والتي قد تشمل تعزيزَ الالتزام بالأدوية، أو وَضْع قيودٍ على نمط الحياة. في بعض النواحي، يكون التدخُّل واضحًا؛ توقَّف عن التدخين، واشرب كمياتٍ أقلَّ من الكحوليات، ومارس الرياضةَ أكثر، وتناول كمياتِ طعامٍ أقل، وتناول الأدوية على النحو الموصوف. ومع ذلك، تُشير البيانات

المتعلقة بالامتناع على المدى الأطول وفقدان الوزن، أو بالالتزام بالأدوية، إلى أنه حتى فقدان الوزن بصورةٍ معتدِلةٍ يصعب الحفاظ عليه، وأن ما يصل إلى ٥٠ في المائة من الأدوية الموصوفة لا يجري تناولها. ومن ثَم، لا يزال هناك مجالٌ كبيرٌ للتحسين.

مع أن التدخُّلات الواضحة، مثل التوقف عن التدخين أو اتباع الأنظمة الغذائية المُقَيِّدة للسعرات الحرارية، ذات كفاءة عالية؛ فإن فعاليةَ هذه التدخُّلات، خاصةً على المدى الأطول، أقلُّ ثباتًا. استجابةً لهذا التحدي، ركَّز العلاج السلوكي المعرفي على كيفية المساعدة في جَعْل برامج تغيير السلوك المتعلِّقة بالصحة أكثرَ فعالية. تتطلب استراتيجيات تغيير السلوك هذه ضبطَ النفس، والانضباط الذاتي، والتحفيز المستمر، وكلُّ هذه أمورٌ ينبغي أن تكون قابلةً للتغيير من خلال العلاج السلوكي المعرفي. هناك أسلوبٌ معَّين، وهو «المقابلات التحفيزية»، يتَّسم بأنه أسلوبٌ لطرح الأسئلة، يُستخدَم لاستكشاف التناقض الوجداني لدى الشخص بشأنِ التغيير، والاستفادة من دافعه للتغيير. طُوِّرَت المقابلات التحفيزية في الأصل للمساعدة في مشكلة التعاطي المفرِط للكحول، ولكن طُبِّقَت منذ ذلك الحين في طائفةٍ واسعةٍ من المجالات. يُسلِّم هذا الأسلوب بأهمية التعاطف مع الوضع الحالي للشخص، وفي الوقت ذاته إظهار التناقض الوجداني لديه بشأن التغيير. يتمثَّل أحدُ المبادئ الأساسية الكامنة في العلاج السلوكي المعرفي في أن الفرد على الأرجح لن يكون في المكان الذي هو فيه من دون سببٍ وجيه؛ لذلك ستكون هناك إيجابيات وسلبيات لأي تغيير. يتجنَّب معالجو العلاج السلوكي المعرفي الانسياقَ إلى إخبار الشخص بما يجب فِعله أو إلى المجادلة معه، وبدلًا من ذلك يركِّزون على دافعه للتغيير، وتمكينه من تطوير كفاءته الذاتية في إحداث تغييرٍ في السلوك والحفاظ عليه.

ومن المجالات ذات الصلة استخدامُ العلاج السلوكي المعرفي في علاج السلوك الإدماني، أو إساءة استخدام المواد المخدِّرة. كانت أكثر التطبيقات وضوحًا هي مشكلة تعاطي الكحوليات والمخدرات، ولكن طُبِّقَت أساليبُ مماثلةٌ على السلوكيات غيرِ المرتبطة بالمواد المخدِّرة، مثل المقامرة، أو التسوق المفرط، أو حتى سلوكيات الاكتناز. على المستوى الأساسي، يُصوِّر العلاج السلوكي المعرفي السلوكياتِ التي تُسبِّب الإدمانَ على أنها محاولاتٌ غير تكيفيةٍ مع مشاعرَ أو ظروفٍ صعبة. النمط العام لمثل هذه السلوكيات هو أنها تُكافَأ على المدى القصير بالشعور الشديد بالرضا، أو بشكلٍ ما من أشكال الرضا، وكذلك بتجنُّب المشاعر السلبية أو التخفيف من الحالات الفسيولوجية غير المريحة. لكنها على المدى الأطول، تصنع مشكلاتٍ أكثرَ من التي تحلُّها، مثل الديون، والصعوبات في العلاقات،

وحالات الاشتهاء الشديدة، والمشكلات الصحية. يتفاقم هذا من خلال الاعتماد الفسيولوجي على مادةٍ ما مخدِّرة، حيث يعاني الشخصُ أعراضَ الانسحاب لتلك المادة أو حالاتٍ سيئة أخرى في غيابها. يُؤدِّي هذا بالطبع دور معزِّز قوي؛ إذ تقلِّل المادة المخدِّرة من أعراض الانسحاب الكريهة؛ ومن ثَمَّ تكافئ سلوك تعاطي تلك المادة.

كما هو الحال في جميع أشكال العلاج السلوكي المعرفي، يبدأ العلاج السلوكي المعرفي للسلوكيات التي تُسبِّب الإدمان بصياغةٍ فرديةٍ للصعوبات التي يواجهها الفرد، والتي تتضمَّن عواقبَ السلوك على المدى القصير وكذلك الأطول. بعد ذلك يتعاون المعالِج والمريض لتحديد واختبار طرق كَسْر الحلقات المُفْرغة الخاصة بالسلوك غير المرغوب فيه. قد يتضمَّن هذا تدخُّلاتٍ مثل التدريب على المهارات؛ على سبيل المثال، التواصل الحازم أو حل المشكلات. أو قد يتضمَّن المزيد من أساليب العلاج السلوكي المعرفي الأكثر تقليدية، مثل مواجهة الأفكار ذات الصلة بالمادة المخدِّرة (على سبيل المثال، «أنا بحاجةٍ إليها»؛ «لن أستمتع بأي شيءٍ مرةً أخرى إذا لم أستخدمها»). يمكن أيضًا استخدامُ أساليب الإدارة السلوكية للتعامل مع المثيرات. على سبيل المثال، التعرُّض ومَنْع الاستجابة حيث يتعرَّض المريض تدريجيًّا لتسلسلٍ هرميٍّ من المواقف المحفِّزة، دون الاستجابة باستخدام المادة المخدِّرة. بدلًا من ذلك، قد تُستخدم أساليبُ الاسترخاء لتقليل الاستثارة أو الانخراط في سلوكياتٍ لا تتوافق مع السلوك الإدماني. تُستخدم أساليبُ مماثلة في العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات العادات. ففي هوس نتف الشعر، سيختبر المرضى سلوكياتٍ لا تتوافق مع نتفِ الشعر مثل إبقاء الشعر مربوطًا للخلف، أو ارتداء قبعة، أو إبقاء أيديهم على حِجْرِهم. هذا مفيدٌ بنحو خاص للعادات التي تُفْعَل بإدراكٍ واعٍ محدودٍ (مثل قضم الأظافر). وكما هو الحال في تعاطي المواد المخدِّرة، يسعى العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات العادات إلى صياغة الوظيفة (الوظائف) التي يخدُمها السلوك. هل هو شكلٌ من أشكال التهدئة الذاتية؟ وإن كان كذلك، فما الطرق الأخرى الأقلُّ ضررًا التي يمكن للمريض استخدامُها لتهدئة نفسه؟ وبالمثل، إذا كان السلوك الإدماني يعمل على تخفيف الملل، أو يُحدِث استجابةً لحالات وجدانية سلبية أخرى، فيمكن للمريض تعلُّم استخدام طرقٍ أخرى لتحقيق تلك الأهداف.

يمثِّل الحفاظ على مكاسب العلاج تحديًا خاصًّا في التعامل مع حالات الإدمان واضطرابات العادات. لذا، تعطي تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي الأولويةَ لاستراتيجيات الاستمرار، والوقاية من الانتكاس وإدارته. وهذا ينطوي على النظر في المواقف العالية

الخطورة، والتخطيط الدقيق لها. كما هو الحال في المرض العقلي الخطير، قد يكون من المفيد تحديدُ النمط المعتاد لانتكاس الفرد، «العلامة المُميِّزة للانتكاس»، حتى يتمكَّن من وضع خطةٍ لكيفية التدخُّل لتغيير المسار بمجرد ملاحظة علامات الإنذار المبكر. على سبيل المثال، حدَّد مريض لديه تاريخٌ من الانتكاس المزمن لتعاطي الكحوليات علاماتِ الإنذار المبكر لديه — الشعور بتوتر متزايد بسبب العمل، والابتعاد عن شريك حياته، والتوقف عن الانخراط في أنشطة الرعاية الذاتية مثل التمرين — باعتبارها تغيراتٍ عادةً ما تسبق الانتكاس. واستجابةً لذلك، وضع خطةً لاعتبار هذه الأمورِ علاماتِ تحذيرٍ واتخاذِ مسار مكروه من خلال: توظيف مهارات أخرى للتعامل مع ضغوط العمل؛ والانفتاح على التوتر الذي كان يعانيه مع كلٍّ من صاحب العمل وشريك حياته؛ وأَخْذ إجازةٍ من العمل والتركيز على الرعاية الذاتية، إذا لزم الأمر. وكان من المهم بنفس القدْر تعلُّم وَضْع حدودٍ مناسبة وطلب المساعدةِ؛ بحيث يكون أقلَّ عُرضةً لخطر الشعور بالإنهاك في أوقات التوتر في العمل.

ثمَّة مجالٌ آخر متعلِّق بالصحة طُبِّق فيه العلاج السلوكي المعرفي بنجاح وهو علم أمراض الأكل. التشخيصات الثلاثة الأكثر شيوعًا لاضطرابات الأكل هي «فقدان الشهية العصبي»، و«الشَّره المرضي العصبي»، و«اضطراب الشراهة عند تناول الطعام»، مع وجود مشكلاتٍ أقل شيوعًا هي «شهوة أكل المواد الغريبة» (تناول مواد غير غذائية) و«اضطراب تجنُّب/تقييد تناول الطعام» (تناول مجموعة محدودة جدًّا من الأطعمة). ركَّزت نُهج العلاج السلوكي المعرفي المبكرة لاضطرابات الأكل على التدخُّلات السلوكية، التي تركِّز على زيادة الوزن وتطبيع أنماط الأكل، وأحيانًا استخدام استراتيجيات الإدارة السلوكية، مثل المكافأة على زيادة الوزن، أو الحرمان من الامتيازات عند عدم زيادة الوزن في حالات فقدان الشهية. ومع ذلك، عانى المرضى للحفاظ على المكاسب التي تحقَّقت في العلاج خارج البيئة المضبوطة، من المحتمل أن ذلك بسبب عدم معالجة المعتقَدات الأساسية. مؤخرًا، طوَّر معالجو العلاج السلوكي المعرفي، مثل الطبيبِ النفسي كريس فيربرن وزملائه، نُسَخًا من العلاج السلوكي المعرفي تعطي مزيدًا من الاهتمام للعناصر المعرفية الأساسية، بالإضافة إلى السلوكيات المتعلِّقة بتناول الطعام. يُنظَر إلى فقدان الشهية العصبي والشَّره المرضي والشراهة عند تناول الطعام، على أنها تشترك في آلياتٍ مشتركةٍ مهمةٍ من الحلقات المُفْرغة، على الرغم من وجود سماتٍ مميزةٍ لكلٍّ منها. على سبيل المثال، الأنماطُ المضطربة للأكل وإعطاءُ قيمةٍ مفرطةٍ لشكل الجسم ووزنه من الأمور الشائعة في اضطرابات الأكل

الثلاثة. ولذلك، يركِّز العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات الأكل على كسرِ الحلقات المُفْرغة الشائعة، مثل أنماط الأكل التقييدية المفرطة التي تؤدِّي إلى معاودة الإفراط في تناول الطعام، وإدراك فقدان السيطرة، بالإضافة إلى التصدِّي للمعتقَدات التي تُبالِغ في تقدير الشكل والوزن (على سبيل المثال، «لا يمكنني أن أكون سعيدًا إلا إذا وصلت إلى وزنٍ معيَّن»؛ «لن يحترمَني أحدٌ إلا إذا كنت نحيفًا»). نجح هذا النَّهج في أنواعٍ مختلفةٍ من اضطرابات الأكل، وكذلك مع المرضى الأصغر سنًّا، وقد استُخدِم مع أولئك الذين يعانون نقصًا كبيرًا في الوزن. كانت النتائجُ إيجابيةً مع مدة علاجٍ بلغت أربعين جلسة لأولئك الذين يبدءون العلاج ولديهم نقص كبير في الوزن، وعشرين جلسة لأولئك الذين لم يكونوا كذلك.

الأمراض العقلية الخطيرة

بالإضافة إلى استخدام العلاج السلوكي المعرفي لعلاج مشكلات الصحة العقلية الأكثر شيوعًا، مثل القلق والاكتئاب والإدمان، فقد كُيِّف العلاج السلوكي المعرفي لعلاج الأمراض العقلية الخطيرة. يشير مصطلح «المرض العقلي الخطير» إلى الحالات التي تتسم بفقدان الاتصال بالواقع، مثل «الاضطراب الثنائي القطب» (الذي كان يُعرف سابقًا باسم «الاكتئاب الهوسي») أو الاضطرابات الذهانية مثل «الفصام». الأعراض المميِّزة للفصام هي المرور بحالات هلوسة (تصورات خاطئة) و/أو أوهام (معتقَدات خاطئة) بالإضافة إلى مجموعةٍ من الأعراض التي تؤثِّر على الحالة المزاجية والسلوك، مثل السلوك غير المنظَّم والخمول وغياب المشاعر. ومع أنه من الطبيعي التعرُّض لمجموعة من الحالات المزاجية التي تتراوح من جيدة إلى سيئة، فإن الاضطراب الثنائي القطب يتميز بتقلبات مزاجية مفرطة. فترات المِزاج الجيد، التي تسمَّى «نوبات الهوس»، هي عندما يصبح الشخص عادةً مفرطًا في التفاؤل والنشاط والدافعية، غالبًا بطريقة تؤدي إلى عواقبَ سلبية، مثل الإنفاق المفرِط أو النشاط الجنسي غير المناسب. في حالة الهوس، يكون الشخص مفعمًا بالطاقة، وغالبًا ما ينتقل إلى التهيُّج. قد يتشتَّت انتباهه بسهولة ولا يحتاج إلا إلى قليل من الراحة أو النوم. قد يؤدي هذا إلى خطط وأفكار مُبالَغ فيها ولا تتماشى مع الواقع، كما هو الحال في الأوهام. على سبيل المثال، أوهام العظمة مثل الاعتقاد بأنه شخص ذو أهمية خاصة أو يمتلك قوًى خاصة. عادةً ما تكون نوبات الهوس محدودة زمنيًّا، وفي

الفترات الفاصلة بين نوبات الهوس، قد يكون لدى الشخص مستوياتٌ مزاجية طبيعية، أو قد يعاني، وهو الأغلب، مزاجًا اكتئابيًّا، يصل أحيانًا إلى مستوًى حاد.

أسباب المرض العقلي الخطير غير واضحة، ولكن من المحتمل أن تكون متعدِّدةَ الأوجه، وتتضمَّن نقاطَ ضَعفٍ وراثية، وتغيراتٍ في كيمياء الدماغ، فضلًا عن التجارب الحياتية السيئة بما في ذلك الصدمات. تاريخيًّا، كان الخط الأساسي للعلاج هو الأدوية المضادة للذهان، أو التي تعمل على استقرار الحالة المزاجية، وثبَت أن لكليهما تأثيراتٍ علاجية، وآثارًا جانبية ضارة كبيرة. وبسبب المسببات المتعددة الأوجه للأمراض العقلية الخطيرة، لم تُستَخدَم نُهج العلاج السلوكي المعرفي بشكلٍ عام بهدف علاج الاضطراب، وإنما لمساعدة المريض على التعامل مع مرضه قدْر الإمكان، والحد من تأثير الأعراض، وتقليل وتيرة و/أو شدة النوبات.

وقد أدَّى هذا إلى عدة مسارات تدخُّل مختلفة في العلاج السلوكي المعرفي للأمراض العقلية الخطيرة. أحدها هو تكييف التدخُّلات التقليدية للعلاج السلوكي المعرفي لهذه الفئة من الناس. على سبيل المثال، استخدامُ أساليب إدارة الحالة المزاجية المستخدَمة عادةً في العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب أو القلق، أو العلاج السلوكي المعرفي الذي يركِّز على الصدمة. يمكن استخدام هذه التدخُّلات بشكلٍ فعَّالٍ مع المرضى الذين يعانون أمراضًا عقليةً خطيرة، ولكنها قد تتطلب تعديلاتٍ مثل عَقْد جلساتٍ أقصر وأكثر تواترًا لمن يعانون صعوباتٍ في التركيز. بدلًا من ذلك، يمكن أن تركِّز تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي في الأمراض العقلية الخطيرة؛ على تعزيز الامتثال للعلاج بالأدوية. يمكن أن تكون العوائق التي تحول دون الامتثال للعلاج بالأدوية ذات طابع عملي (مثال ذلك، المريض الذي يعاني ضعفًا إدراكيًّا والذي يكافح من أجل تذكُّر تناول أقراصه) أو إدراكي. تشمل العوائق الإدراكية المعتقَدات التي تعكس عدم قبول الحاجة إلى الأدوية، أو الشك في الفوائد التي تجلِبها (على سبيل المثال، عدم تناول المريض الأدوية المضادة للذهان بمجرد أن يبدأ في الشعور بالتحسُّن). تشير الأبحاثُ الحديثة إلى أنه يمكن تحسينُ امتثال المرضى لتناول الأدوية، من خلال تدريب مقدمي الرعاية الصحية على أساليب التغيير السلوكي المعرفي.

من التطبيقات الأخرى للعلاج السلوكي المعرفي في الأمراض العقلية الخطيرة، التدخُّل المباشر في الأعراض التي تخصُّ مرضًا عقليًّا خطيرًا. على سبيل المثال، طوَّر عالِم النفس السريري دانيال فريمان أساليبَ سلوكية معرفية للتعامل مع جنون الارتياب. وبالمثل، اقتُرِحَت أساليبُ سلوكية معرفية للتعامل مع حالات الأوهام والهلوسة والضيق المصاحب

لها. بالنظر إلى تركيز العلاج السلوكي المعرفي المتأصِّل على تشكيك المعالِج في نسخة المريض من الواقع، عند العمل مع المرضى الذين يعانون الهلوسةَ أو الأوهام، من المهم بدرجةٍ أكبرَ أن يكون أيُّ تصدٍّ لمثل هذه المعتقَدات قائمًا على علاقة علاجية قوية، وصياغة مشتركة شاملة للصعوبات التي لدى المريض. من هذا الأساس يمكن للمعالِج أن ينتقلَ ليقدِّم له فكرة أنه قد تكون هناك أكثرُ من طريقةٍ لفَهْم تجربته. على سبيل المثال، النظرية «أ» هي أن الأصوات هي كلام الرب مباشرةً إلى المريض، في حين أن النظرية «ب» هي أنها هلوسة سمعية ناتجة عن عقل الشخص نفسه، بسبب مرضه. عندئذٍ يتلقى المريض تشجيعًا على مقارنة الأدلة التي تؤيد والتي تدحض هاتَين النظريتَين المتعارضتَين، وفي النهاية إجراء تجارب سلوكية لتوليد أدلةٍ للتمييز بينهما. الفكرة هي أنه إذا كانت الأصوات تُنسب إلى المرض وليس إلى إلهٍ قدير، فقد تكون أقلَّ إثارة للقلق، ويمكن الاستجابة لها بطرقٍ أكثرَ نفعًا؛ على سبيل المثال، من خلال الشعور بأن المريض أقلُّ اضطرارًا على التصرف بناءً على الأصوات، وأقل خوفًا بشأن عدم التصرف بناءً عليها. استُخدِمَت أساليبُ إعادة توصيف مماثلة في العمل مع جنون الارتياب وأوهام الاضطهاد، وأسفرَت عن نتائجَ مشجِّعةٍ في التجارب الأولية. كان الواقع الافتراضي مفيدًا في مثل هذه التدخُّلات، لتمكين المرضى من إعادة إنشاء سيناريوهات مُتخيَّلة وممارسة مهاراتٍ مطوَّرةٍ حديثًا في بيئات افتراضية.

في الاضطراب الثنائي القطب، كان لتدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي تأثيرٌ أكبر، من خلال التركيز على مَنْع الانتكاس في هذا الاضطراب الذي عادةً ما يأتي على نوبات. يحدث ذلك عن طريق تحديد «العلامة المُميِّزة للانتكاس» لدى الفرد؛ أي نمطه المعتاد من الانتكاس إلى الهوس أو الاكتئاب، والتدخُّل للتغلب على تدهور الحالة المزاجية أو استفحالها. تُستخدم مراقبة الحالة المزاجية والنشاط للكشف عن علامات الإنذار المبكِّر للانتكاس، ويُتَّخذ إجراء لتقليل نمط استفحال الحالة المزاجية أو تدهورها. على سبيل المثال، زيادة الأدوية المضادة للاكتئاب استجابة لانخفاض الحالة المزاجية. أو التعرُّف على علامات الإنذار المبكر لنوبة الهوس مثل انخفاض الحاجة إلى النوم، واتخاذ إجراء لكسر الحلقات المُفْرَغة مثل تقليل النشاط والحصول على مزيد من الراحة، أو الحد من النشاط الموجَّه نحو هدف، أو التصدي للتفكير المتَّسم بالهوس والمبالغة. استهدفت تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي في الاضطراب الثنائي القطب أيضًا؛ أنماطَ التفكير أو الإسناد التي يُعتقد أنها تسهِّل تقلبات المزاج (مثال ذلك التفكير القطبي، حيث يُنظر إلى الأشياء على أنها كلها جيدة أو كلها سيئة) والتفسيرات المُبالغ فيها للنجاح أو الفشل.

لقد غطَّى هذا الفصل مجموعةً واسعةً من المجالات التي طُبِّق فيها العلاج السلوكي المعرفي، من اضطرابات القلق والصدمات إلى الإدمان واضطرابات الأكل، والأمراض العقلية الخطيرة. قبل ختام الفصل سنتناول مجالَين آخرَين استُخْدِم فيهما العلاج السلوكي المعرفي، ولا يعتبران «اضطراباتٍ» أو أمراضًا، وهما: الغضب والصعوبات التي تواجه العلاقات.

الغضب

الغضب ليس اضطرابًا، شأنُه في ذلك شأنُ الخوف أو الحزن. وإنما هو عاطفة تكيفية أو غير تكيفية؛ اعتمادًا على شدتِها وتكرارها وسياقها وطريقة التعبير عنها. يمكن للغضب الذي يتفجَّر كثيرًا أو بشكل مكثَّف، أو الذي يؤدي إلى سلوكٍ غيرِ مفيد أو ضارٍّ أو محزن (للفرد أو للآخرين) أن يكون هدفًا يستدعي التدخُّل. تستند التصورات السلوكية المعرفية للغضب إلى فكرةِ أن الغضب يحدُث عندما يدرك الفرد أن قواعده، للكيفية التي يجب أن يكون عليها العالم، قد انتُهِكَت. على سبيل المثال، «إنه لم يعاملني بالاحترام الذي أستحقه» أو «لا ينبغي أن تكون الحياة بهذه الصعوبة». من المعروف أيضًا أن الغضب يمكن أن يكون ردَّ فعلٍ دفاعيًا، من حيث إنه «يمنع» التعرُّض لمشاعرَ مؤلمة أكثرَ مثل الحزن أو الخوف؛ فالتركيز على كيفية تعرُّضك للإساءة قد يساعد في تجنُّب الاضطرار إلى مواجهة مخاوفك، حول سبب عدم تلقِّيك معاملةً حسنةً بقَدْر ما كنت ترغب. ومن ثَم، فإن أساليب العلاج السلوكي المعرفي للغضب متعدِّدة المكونات. من المحتمل أن يكون أحدُ المكونات الأولى هو إنشاء الدافع. بالنظر إلى الأفكار المذكورة أعلاه التي تشير إلى أن الغضب يرتبط ارتباطًا وثيقًا بـ «قواعد الحياة» بالنسبة إلى الفرد أو معاييره الشخصية، وقد يعمل على تجنُّب التعرُّض لمشاعرَ مؤلمة أكثر، فمن المحتمل أن يكون هناك تضاربٌ بشأن التغيير. ولذلك يمكن أن تكون نقطة البداية المفيدة هي النظرَ إلى مزايا الغضب أو مكاسبه، وإيجابيات وسلبيات التغيير. على سبيل المثال، في المثال الوارد في الفصل الثالث، لاحظ نيل أن نوباته المتَّسمة بالغضب والعدوانية كان لها بعضُ الفوائد على المدى القصير، من حيث إنها وضعت حدًّا لانتقاد زوجته له، وسمحت له بالتنفيس عن إحباطه تجاه الوضع. ومع ذلك، فقد كانت لها عيوبٌ أكثر من المزايا، لأنها جعلته يشعر بالسوء تجاه نفسه ولم تؤدِّ إلا إلى تفاقم استهجان زوجته له. يمكن أن يكون إجراء تحليلٍ شاملٍ للمزايا والعيوب ذا أهميةٍ خاصةٍ، عندما تجري إحالة الفرد للعلاج (مثل الإحالات بأمرٍ

من المحكمة) لأن غضبه يُسبِّب مشكلاتٍ للآخرين، على سبيل المثال، في السلوك العدواني، على عكسِ ما يحدُث عندما يطلب شخصٌ ما المساعدةَ لنفسِه لأن غضبه يسبِّب له المعاناة. بمجرد إنشاء الدافع للتغيير، تركِّز تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي على استراتيجيات التحكُّم في الغضب، مثل تدريب التحصين من التوتر الذي عَدَّله عالِم النفس السريري رايموند دبليو نوفاكو لاستخدامه مع الغضب.

يتضمَّن تدريب التحصين من التوتر، المطبَّق على الغضب، ثلاث مراحل رئيسية. الأولى هي مرحلة الإعداد، التي تركِّز على تعليم المفاهيم. وفيها يتعلَّم المريض التعرُّف على مثيرات الغضب وأنماطه، بما في ذلك الأفكارُ والمشاعر والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية الأساسية. ثم ينتقل إلى النظر في مزايا وعيوب الغضب (أو التعبيرات السلوكية عن الغضب) وتكوين الدافع للتغيير. تُختَتَم مرحلة الإعداد بوضع تسلسل هرمي لمواقف إثارة الغضب، من الأقل إلى الأكثر إثارة. بعد مرحلة الإعداد، تأتي مرحلة اكتساب المهارات وتعزيزها، مما يعني تعلُّم المهارات للاستجابة بطريقةٍ مختلفةٍ في المواقف التي تُثير الغضب؛ تَعلُّم الاستجابة بدلًا من اتخاذِ ردِّ فعل. يتضمَّن هذا استراتيجياتِ ومهاراتِ التعلُّم، مثل الابتعاد لبعض الوقت، أو استخدام الاسترخاء لتقليل الاستثارة، أو تعلُّم مهارات التواصل الحازم للتعبير عن الآراء على نحوٍ مناسب. يمكن أيضًا تعلُّم المهارات المعرفية من أجل التصدي للأفكار التي تثير الغضب (مثل التوقعات غير الواقعية للآخرين/العالَم؛ والتفسيرات القائمة على إلقاء اللوم) وبدلًا من ذلك تحديدُ عبارات التعلُّم الذاتي البديلة التي تقلِّل الغضب بدلًا من تأجيجه (على سبيل المثال «الغضب لن يُجديَ نفعًا؛ إنه يؤلمني أكثرَ من أي أحدٍ آخرَ»؛ «لا يمكنني التحكُّم في سلوك الآخرين، لكن يمكنني التحكُّم في كيفية استجابتي له»). تتمثَّل المرحلة الأخيرة من تدريب التحصين من التوتر في تطبيق المهارات عَبْر المواقف، وذلك لممارسة المهارات للحد من الغضب والاستثارة في تسلسل هرمي من المواقف التي تثير الغضب بشكلٍ تدريجي. غالبًا ما تُمارَس المهارات في عملياتِ تمثيلٍ للأدوار مع المعالِج أولًا، قبل الانتقال إلى العمل في التسلسل الهرمي للتعرُّض في مواقف الحياة الحقيقية. من المهم أن يُقيِّم المريض نتيجةَ الاستجابة بطريقةٍ مختلِفة في المواقف التي تثير الغضب، ويُدمِج هذا في التخطيط المستقبلي؛ وكذلك أن يحدِّد المواقف العالية الخطورة مقدمًا ويتدرَّب على استراتيجيات التكيُّف. في بعض الحالات وليس جميعها، قد يكون من المفيد عندئذٍ النظرُ في العمل على المعتقَدات الأساسية (على سبيل المثال «السماح للناس بالإفلات من هذا يعني أنني ضعيف»؛ و«إذا لم أبدأ الآن ومرة أخرى، فإن الناس

سيستغلون ذلك»)، وتحديد أي مشاعر تم تجنُّبها من خلال الغضب، والنظر فيما إذا كانت بحاجة إلى التدخُّل؛ على سبيل المثال، إذا توقَّف المريض عن الغضب من العالَم بسبب الطريقة التي تعامل بها العالَم معه، فقد يحتاج إلى معالجةِ الكثير من الحزن أو الفقد في تلك الأحداث التي كان غاضبًا بشأنها في السابق.

طُبِّقَت أساليبُ العلاج السلوكي المعرفي للغضب عَبْر نطاق من مجموعات المرضى، بما في ذلك أولئك الذين يعملون في خدمات الطب الشرعي، وكذلك أولئك الذين يعانون إعاقاتٍ ذهنية. كانت النتائج إيجابيةً بشكلٍ عام، مع انخفاضٍ في تجاربِ الغضبِ والتعبيرِ عنه المُبلَّغِ عنها من المرضى أنفسهم. ومع ذلك، فإن النتائجَ على المدى الطويل أكثرُ تنوُّعًا ويصعب تقييمها، ومن الواضح أن الغضب لا يزال يمثل تحديًا في السجون.

صعوبات العلاقات

مثل الغضب، لا تشكِّل صعوباتُ العلاقات اضطرابًا. ومع ذلك، فإن مشكلات العلاقات تسبِّب ضائقةً كبيرة للأفراد، فضلًا عن آثارها على العائلات والأطفال. ولذلك، أصبحت صعوبات العلاقات مجالًا طُبِّقَت التدخُّلات النفسية عليه. قد يطلب الأشخاص المساعدةَ مباشرةً للتركيز على علاقتهم، أو قد يجري تحديدُ العمل على العلاقة على أنه قد يكون مفيدًا، عندما تُشير صياغةُ الحالة إلى أن مشكلات العلاقة قد تُسهِم في الصعوبات التي يواجهها الفرد.

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي المعنيُّ بمشكلات العلاقات أساليبَ العلاج السلوكي المعرفي التقليديةَ، ولكن التركيز ينصبُّ أكثرَ على تحسين التواصل ومواءمة توقعاتِ الشركاء، وكذلك على تطوير مهارات حل المشكلات. أنواع المعتقَدات التي حُدِّدَت أهدافًا مهمةً للتغيير في العلاج السلوكي المعرفي لمشكلات العلاقات؛ هي المعاييرُ والتوقعاتُ غير المتوائمة؛ والأحكامُ غير المفيدة على سلوك الآخر؛ وضَعف مهارات التواصل. وكما هو الحال مع النسخ الأخرى من العلاج السلوكي المعرفي، من المهم فَهْمُ السياق التطوري للمعتقَدات ذات الصلة؛ أي من أين أتت. على سبيل المثال، من المرجَّح أن تؤثِّر تجاربُ الطفولة من عائلة الشخص على توقُّعاته في العلاقة (على سبيل المثال، الاعتقاد بأن الزوجة الصالحة دائمًا ما تضع احتياجات زوجها في المقام الأول).

ومع ذلك، من المستبعَد أن يكون تأملُ أصول المعتقَد كافيًا لإحداث تغيير. بدلًا من ذلك، يركِّز العلاج السلوكي المعرفي على تحسين التواصل ومواءمة التوقعات وحل المشكلات

بفعالية. قد يعمل الشريكان بنظامَي معتقَدات غير متوافقَين (على سبيل المثال «في العلاقة السعيدة يجب أن نقضيَ كل الوقت معًا» في مقابل «لكي أكون شخصًا بالغًا سعيدًا، فأنا بحاجةٍ إلى درجةٍ من الاستقلالية ووقتٍ لنفسي»). قد يستكشف المعالِج بعد ذلك ما إذا كان يمكن تعديل المعتقَدات إلى شيءٍ يمكن للشريكَين التعايش معه. قد يكون هناك تركيزٌ إضافي على تعديل أحكام إلقاء اللوم غير المفيدة (على سبيل المثال «إنه لا ينظِّف الفوضى التي يُحدِثها لأنه لا يهتم باحتياجاتي») بالتصدي لها. بدلًا من ذلك، يُشَجَّع الشريكان على تقاسمِ المسئولية عن صعوبات العلاقة، وتحديدِ المشكلة (المشكلات) بدقةٍ وتجربةِ حلول مختلفة، دون لوم أو اتهامات متبادلة.

بالإضافة إلى محاولةِ تغيير المعتقَدات، يَستخدم العلاج السلوكي المعرفي للصعوبات في العلاقات التدريبَ على المهارات، مثل التواصلِ الفعَّال وحلِّ المشكلات والأساليب السلوكية (على سبيل المثال، زيادة تواتر السلوكيات الإيجابية مثل تقديم الثناء أو فِعل شيء إيجابي للشريك). عادةً ما تشمل الجلسات كِلا الشريكين، ولكن من المرجَّح أن يشتمل التقييم على بعض الوقت الفردي على الأقل. علاوة على ذلك، قد تكون هناك أحوالٌ يمكن فيها الجمعُ بين العلاجِ الفردي مع العلاج المشترَكِ أو إجراؤهما على نحوٍ متزامن. من شأن العلاج الفردي أن يركِّز على المسائل الخاصة بأحد الشريكين، بينما تركِّز الجلسات المشتركة على العلاقة. هذا مفيدٌ بشكل خاص عندما تكون المشكلات مرتبطة؛ على سبيل المثال، تاريخٌ من الصدمات الجنسية يسبِّب مشكلاتٍ في الجانب الجسدي من العلاقة الحالية؛ أو قلقٌ وبحثٌ عن طمأنةٍ يؤثِّران على توازن القوى في العلاقة.

كان أحد انتقادات العلاج السلوكي المعرفي هو أنه مناسِب فقط للقلق/الاكتئاب مع البالغين الذين يُفصِحون عن مكنوناتهم، والذين لديهم تعقُّلٌ نفسيٌّ وقدرةٌ على التفكير بتمعُّنٍ في مشكلاتهم. وبينما طُوِّر العلاج السلوكي المعرفي في الأصل من أجل القلق أو الاكتئاب، سعى هذا الفصل إلى إظهار النطاق الواسع لمجالات أو أنواع المشكلات التي كُيِّف هذا النوع من العلاج من أجلِها وطُبِّق عليها. وبالإضافة إلى التكيُّف مع المشكلات المختلفة، عُدِّلَت أساليبُ العلاج السلوكي المعرفي للعمل مع أنواعٍ مختلفة من المرضى. فعلى الرغم من تطويره في البداية للاستخدام مع البالغين ذوي الذكاء الطبيعي، فقد كُيِّف العلاج السلوكي المعرفي للاستخدام عَبْر نطاق واسع من الأعمار والقدرات الفكرية. جرى إجراء تعديلات على محتوى العلاج السلوكي المعرفي وشكله، للتعامل مع فئاتٍ معينة من الناس؛ على سبيل المثال، عَقْد جلسات أقصر مع الاعتماد بشكلٍ أكبر على المواد المكتوبة لمن

يعانون صعوباتٍ في الذاكرة؛ أو استخدام الرسومات أو التسجيلات الصوتية/المرئية لمن لديهم مستوياتٌ أقل من إجادة القراءة والكتابة. لقد تحقَّق الكثير من النجاح في تبسيط بنية العلاج السلوكي المعرفي للمرضى الأصغر سنًّا أو ذوي الإعاقات الذهنية. بالإضافة إلى ذلك، استُخدِمَت أيضًا أساليبُ العلاج السلوكي المعرفي بنجاح في إشراك أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية في علاج طائفة كبيرة من مجموعات المرضى (على سبيل المثال، في مساعدة الآباء على إدارة السلوك المستعصي لطفل؛ أو في إشراك شريك حياة لمراقبة علامات الإنذار من الانتكاس، مثل أنماط النوم المضطربة لمريضٍ يعاني اضطرابًا ثنائيَّ القطب).

الفصل السابع

الاتجاهات والتحديات المستقبلية

حتى الآن، ركَّزنا على ما يمكن أن يُسمى العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، أو الخاص بإيرون بيك؛ إذ طُوِّر بشكلٍ أو بآخر مباشرةً من نموذج بيك المعرفي للاضطراب الوجداني. كما هو موضَّح في الفصل الأول، ركَّز العلاج السلوكي المعرفي في بداياته على نظريات التعلُّم؛ الارتباط الشرطي الكلاسيكي والتعلُّم الإجرائي. يُعرف هذا باسم «الموجة الأولى» من العلاج السلوكي المعرفي، وقد ركَّزت «الموجة الثانية» منه بشكلٍ أكبرَ على الأفكار وعناصر معالجة المعلومات. تستند نسختا الموجة الأولى والثانية من العلاج السلوكي المعرفي إلى الفرضية الخاصة بالترابط بين الأفكار والمشاعر والاستجابات الفسيولوجية والسلوكيات؛ لذا فإن تغيير أي جانب واحد سيؤدي إلى تغييرات في الجوانب الأخرى. غالبًا ما يكون هدف التغيير هو الأفكار، حيث إن لها دورًا مركزيًّا في النموذج، ويُعتقد أنها أكثرُ قابلية للتغيير بشكلٍ مباشر من الاستجابات الفسيولوجية أو المشاعر، على سبيل المثال. ومع ذلك، فهناك انتقادٌ للعلاج السلوكي المعرفي وهو أننا نعرف القليل جدًّا عن مسألة تحديد أيٍّ من مكوِّنات العلاج السلوكي المعرفي هو المسئول عن إحداث التغيير. أسفرت الدراسات التجريبية عن نتائجَ مختلِطة، مما دفع لونجمور وَوُريل إلى طرح سؤال «هل نحتاج إلى تحدي الأفكار في العلاج السلوكي المعرفي؟» استُخدِمت «تجارب التفكيك» و«تحليلات المكونات» للتحقُّق مما إذا كان التغيير المعرفي (تغيير الأفكار) ضروريًّا؛ لكي يكون العلاج السلوكي المعرفي فعالًا في تخفيف الأعراض. عادةً ما تتضمَّن تدخلات العلاج السلوكي المعرفي مكوِّنات متعددة، وتحاول تجارب التفكيك أو تحليلات المكونات فصْلَ المكوِّنات المختلفة ومقارنة تأثيرها. على سبيل المثال، وُجِد أن نسخةً من العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب تركِّز فقط على المكونات السلوكية («التنشيط السلوكي») بنفس فاعلية النسخة الأكثر اكتمالًا التي تضمَّنت الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة التفكير الاكتئابي.

قارن العديد من الدراسات اللاحقة مكوِّنات مختلِفة من العلاج السلوكي المعرفي، أو العلاج السلوكي المعرفي مع وبدون مكون محدَّد، وتوصَّلت إلى نتائجَ متفاوتة. وبينما خلصت المراجعة البحثية المبكرة التي أجراها لونجمور وَوُريل إلى أن «تحليلات المكونات فَشِلت في إظهار أن التدخُّلات المعرفية توفِّر قيمةً مضافةً كبيرةً للعلاج»، لاحظت المراجعات الأحدث التي أجراها كوبريس وآخرون مدى صعوبة التقييم الدقيق للمكونات المنفصلة للعلاج السلوكي المعرفي، وخَلَصت إلى أن «دراسات المكونات المتاحة حاليًّا لا تتمتَّع بالقوة ولا بالجودة الإحصائية؛ لاستخلاص أيِّ استنتاجٍ ذي مغزًى حول المكونات الرئيسية للعلاجات النفسية لاكتئاب البالغين». لذا فإن الأدلة الحالية لا تمكننا من التمييز بسهولة بين المكونات الأكثر فعالية، أو حتى الضرورية، في العلاج السلوكي المعرفي.

في السنوات الأخيرة، يشير العديد من النماذج النظرية إلى أن الأمر يتطلَّب أكثرَ من تغيير محتوى الأفكار. من المعروف منذ فترةٍ طويلةٍ أنه يمكن أن يكون هناك تعارضٌ بين العقل والقلب؛ حيث يَعرف المريض عقليًّا أن خوفه غيرُ واقعي، ولكن هذا لا يكفي لمنعه من الشعور بالخوف. في عام ١٩٩٥، اقتُرِح بديلٌ لفكرةِ أن العلاج السلوكي المعرفي كان فعالًا لأنه غَيَّر محتوى الإدراك. وافتُرِض أن العلاج السلوكي المعرفي قد يكون له تأثيره، من خلال مساعدة المريض على أن يكون قادرًا على التراجع عن أفكاره؛ أي من خلال تسهيلِ الوعي «فوق المعرفي»، وهو إدراك أن الأفكار مجرد أفكارٍ وليست بالضرورة انعكاساتٍ صحيحة للواقع. وفي المقابل، قد يقلل الوعي فوق المعرفي من تفاعل الفرد مع أفكاره.

على هذه الخلفية من التشكيك في المساهمة النسبية للأفكار المتغيرة، اقتُرِحَت أساليبُ «الموجة الثالثة» من العلاج السلوكي المعرفي. تهدف أساليب الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي إلى تعزيز فاعلية الموجتَين الأولى والثانية من العلاج السلوكي المعرفي، من خلال التأكيدِ على استراتيجيات التغيير السياقي والتجريبي. تشمل الموجةُ الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي طائفةً واسعة من الأساليب، التي تطوَّر كثيرٌ منها بمعزِلٍ عن الأساليب الأخرى. ما يجمع بين هذه الأساليب هو أنها تختلِف عن العلاج السلوكي المعرفي التقليدي في أنها، بدلًا من تشجيع المرضى على تغيير محتوى أفكارهم من أجل التحكُّم في المشاعر والاستجابات الفسيولوجية والسلوكيات بشكلٍ أفضل، تُشجِّعهم على تغيير علاقتهم بأفكارهم. تُلاحَظ الأفكارُ وتُقبل على أنها أحداثٌ عقلية خاصة، وبخاصة تلك التي تثير القلقَ أو غير المرغوب فيها. ومن ثَم يقلِّل هذا القبول من التجنُّب التجريبي. تشير تقييماتٌ مبكرة إلى أن العديد من نسخ الموجة الثالثة من أساليب العلاج السلوكي

المعرفي، يمكن أن يكون فعَّالًا، على الرغم من غياب التركيز التقليدي على تغيير محتوى الإدراك.

العلاجات القائمة على القبول والالتزام واليقظة الذهنية

نشأ أحد أول أساليب الموجة الثالثة من عمل عالِم النفس الأمريكي ستيفن هايز (المولود عام ١٩٤٨) الذي اقترح «نظرية الإطار العلائقي»، وهي تحليل سلوكي للغة والإدراك. تقترح هذه النظرية أن أساس اللغة البشرية؛ ومن ثَم الفكر الإنساني، هو «الترابط». هذا يعني القدرةَ على إنشاء روابط أو ارتباطات بين الأشياء. كان الارتباط الشرطي الكلاسيكي (الذي يُسمَّى أيضًا التعلُّم الارتباطي) قد ركَّز على قوة الارتباطات بين الأشياء، وخاصَّة المثيرات والاستجابات. في المقابل، تؤكد نظرية الإطار العلائقي أن قوةَ الارتباط ليست وحدَها هي المهمة، وإنما أيضًا نوع الارتباط (العلاقة)، وكذلك الأبعاد التي ترتبط عَبْرها المثيرات. شكَّلت نظرية الإطار العلائقي الأساسَ لتطوير نهج الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي المعروف باسم «العلاج بالقبول والالتزام». يعتمد هذا العلاج على فكرةِ أن المعاناة النفسية تنتج عن:

- التجنُّب التجريبي؛ إذا كنا نخشى شيئًا ما، فإننا نتجنَّبه، مما يمنعنا من معرفةِ ما إذا كانت مخاوفنا بلا أساس، ويحرمنا من فرصِ التعلُّم وتنمية المهارات؛
- الشَّرَك المعرفي؛ بمعنى أن نقع في شَرَك أفكارنا ونجترَّها بدلًا من التركيز على المجموعة الواسعة من المعلومات المتاحة من خلال حواسنا؛
- الافتقار إلى المرونة النفسية؛ مما يعني أننا نفشل في التصرف وفقًا لقيمنا الأساسية.

يرى العلاج بالقبول والالتزام أن المعاناة النفسية يمكن تفسيرها من خلال عدة عناصر، وهي: الاندماج مع أفكارك، وتقييم تجربتك، وتجنُّبها، وتعليل سلوكك. والبديل الصحي لهذه العناصر هي قبول ردود أفعالك والحضور في اللحظة الحالية؛ واختيار اتجاه قيم والالتزام به؛ واتخاذ إجراءات في اتجاه القيم التي اخترتها. يعتمد العلاج بالقبول والالتزام على علم النفس السلوكي ويستخدم التدخُّلات التي تتعامل مع المعزِّزات (المكافآت والعقوبات) لإحداث تغييرات في السلوك. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يستخدم عمليتَي القبول واليقظة الذهنية لتعزيز المرونة النفسية، ولتطوير الالتزام بالأهداف القيِّمة وعملية تغيير

السلوك. المبادئ الأساسية الستة الموضَّحة في المربع التالي تشكِّل أساسَ الأساليب العلاجية المستخدَمة في العلاج بالقبول والالتزام.

المبادئ الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام

- الفصل المعرفي: تعلُّم الطرق التي من شأنها تقليلُ الميل إلى اختبار الأحداث العقلية (الأفكار، الصور، العواطف، الذكريات) باعتبارها انعكاساتٍ مطلَقة للواقع.
- القبول: السماح للأفكار بأن تغدوَ وتروح دون المجاهدة للسيطرة عليها.
- الحضور في اللحظة الحاضرة: الوعي باللحظة الحالية، واختبارها بانفتاح واهتمام وتقبُّل.
- مراقبة الذات: اختبار شعور متسامٍ بالذات واستمرارية الوعي.
- القيم: تحديد القيم والأهداف الأكثر أهمية لذات المرء الحقيقية.
- العمل المتَّسم بالالتزام: تحديد الأهداف وفقًا للقيم والسعي من أجل تنفيذها بمسئولية.

مثل الكثير من نظريات معالجة المعلومات، يفترض العلاج بالقبول والالتزام أن هناك نوعَين من «أنماط العقل» أو أنظمة معالجة المعلومات. أحد النمطَين هو نظام حل المشكلات القائم على التناقض، والذي سهَّل تطوُّرنا إلى النوع المهيمن. يلاحِظ هذا النظام التناقضَ بين حالتنا الحالية وحالتنا المرجوَّة ويسعى إلى تقليل هذا التناقض. يعمل هذا بشكلٍ جيدٍ للغاية مع حالاتٍ مثل الجوع، يمكن تقليلها بشكلٍ مباشرٍ من خلال سلوك الأكل. ومع ذلك، فإنه لا يعمل بشكل جيد مع المشاعر السيئة؛ فمجرد محاولة أن تكون أقلَّ خوفًا أو حزنًا قد يؤدي إلى تقوية هذا الشعور، على سبيل المثال، من خلال خلْق الخوف من الخوف أو اليأس بشأن الاكتئاب. خيرُ مثال على ذلك هو التأثير المتناقض لقمع الفكر؛ إذا أغمضت عينَيك وحاولت جاهدًا ألَّا تفكرَ في أرنبٍ وردي، فمن المرجَّح أكثر أن تُشتِّت انتباهك بأفكارٍ متعلقةٍ بالأرانب أكثر مما لو لم تكن تحاول جاهدًا ألَّا تفكر في الأرانب. على عكس ما هو متوقَّع، كلما حاولت تقليلَ المشاعر السيئة أو الهروب منها، استمرَّت أكثر. وقد يكون جهد محاولة الهروب منها، عادةً عن طريق التجنُّب، والقيود التي تجلبها معه، مكلفًا ومعوِّقًا.

النمط الآخر للعقل هو النمط التجريبي، الذي يركِّز على الملاحظة بفضول لما يجري اختباره، داخل وخارج الجسد. تسعى استراتيجيات تدخُّل العلاج بالقبول والالتزام إلى إشراك وتقوية النمط التجريبي، من خلال الممارسات القائمة على القيم، واستراتيجيات

القبول واليقظة الذهنية. يرى العلاج بالقبول والالتزام أن الرغبة في تجنُّب الحالات الانفعالية السلبية هي رغبةٌ طبيعية، وهي مشتركة بين أفراد النوع، وتتأثَّر بالسياق الاجتماعي والثقافي. على سبيل المثال، تُقدِّر الثقافات الغربية حالاتٍ مثل السعادة والسلام والثقة. على النقيض من ذلك، فإن سياقاتٍ اجتماعية وثقافية أخرى تكون أكثر قبولًا للحالات الانفعالية السلبية. على سبيل المثال، ينظر البوذيون إلى المعاناة على أنها جزءٌ أساسي لا يتجزأ من التجربة الإنسانية، ولا يسعون إلى تجنُّبها. قد يؤدي تجنُّب اختبار الحالات الانفعالية السلبية إلى إدامة المعاناة، عن طريق مَنْع التغيير وإلهائك عن التقدُّم نحو أهدافك القائمة على القيم، كما هو موضَّح في الشكل ٧-١. يرى العلاجُ بالقبولِ والالتزامِ القيمَ والألمَ وجهَين لعملةٍ واحدة. لا يمكنك أن تحوزَ أحدهما دون الآخر. فأيُّ شيء ذو قيمة لك، سواء كان عائلتك أو نجاحك المهني أو تشجيع فريق كرة قدم، من المحتمل أيضًا أن يسبِّب المعاناةَ والألم. ومن أجل أن تكون لدينا الحياة التي تتوافق مع ما نقدِّره، يجب أن نكون مستعدين لاختبار مجموعة كاملة من المشاعر، بما في ذلك المشاعرُ المؤلمة مثل الفقد والخوف والحزن.



شكل ٧-١: منعطف التجنُّب الوجداني.

يهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى زيادة المرونة النفسية وتقليل التجنُّب الوجداني. إحدى الطرق التي يتم بها ذلك هي من خلال تشجيع المريض على التفريق بين ما هو تحت سيطرته وما ليس ذلك. غالبًا ما تكون مشكلات الحياة الواقعية، لأسبابٍ تقع خارج نطاق الجسم، مثل الجوع أو الشعور بالبرد، تحت سيطرتنا، ويمكننا حلُّها بجهدٍ مُوَجَّه. ومع ذلك، غالبًا ما تفشل جهودنا في السيطرة على الحالات الانفعالية السلبية، وقد تتفاقم بسبب محاولات السيطرة عليها أو تجنُّبها. لذلك يشجِّع العلاج بالقبول والالتزام المريضَ على إدراك أنه لا يمكنه التحكُّم في تجربته الوجدانية الداخلية، ولكن يمكنه التعامل معها بفضول ويقظة، وقبولها وتحمُّلها. يستخدم العلاج بالقبول والالتزام تشبيهاتٍ مثل الركَّاب في الحافلة لإثبات ذلك، ومساعدة المريض على إعادة التركيز على أهدافه والتصرُّف وفقًا لذلك، بغض النظر عن الأحداث العقلية المشتِّتة للانتباه.

تمرين ركَّاب الحافلة

ركَّاب الحافلة هو تمرين يُستخدَم في العلاج بالقبول والالتزام لمساعدة المرضى على أن يصرفوا انتباههم عن أفكارهم ومشاعرهم ولتعزيزِ المرونة النفسية. يُطلَب من المريض أن يتخيَّل أنه يقود حافلة. تتَّجه الحافلة نحو أهداف حياته القيِّمة. في الطريق، ينضم ركَّاب إلى الحافلة أو يغادرونها. بعض الركَّاب محايدون، والبعض الآخر إيجابي ومشجِّع. لكن بعضهم انتقادي، أو سلبي، أو مشتِّت، أو مزعِج. قد يحاول هؤلاء الركَّاب إقناعَ المريض بإبطاء الحافلة، أو تحويلها في اتجاهٍ مختلف، حتى لا يتجه نحو أهدافه القيِّمة. قد يقوم المعالِج بلعب دور أحد هؤلاء الركَّاب، ويطلب من المريض أن يتدرَّب على الطريقة التي يريده أن يستجيب بها. هل يوقف الحافلة؟ هل يحوِّل اتجاهها؟ هل يستسلم؟ هل يصرف انتباهه بواسطة حجةٍ لتبرير طريقه؟ أم يواصل نحو وجهته؟ ومثل الأفكار التي تخطر بأذهاننا، لدينا خيارٌ بشأن مِقدار الاهتمام الذي نوليه لمختلِف «ركَّاب الحافلة»، وإلى أي مدًى نتركهم يزعجوننا أو يحوِّلوننا عن طريقنا.

هذا المبدأ المتعلِّق بقبول التجربة الوجدانية تشترك فيه نُهج أخرى قائمة على اليقظة الذهنية. كان جون كابات-زين، أثناء عمله في كلية الطب بجامعة ماساتشوستس، من أوائل مَن دمجوا ممارسات التأمُّل العلاجي في التدخُّل النفسي. في كتابه «حياة كارثية تمامًا: استخدام حكمة جسدك وعقلك لمواجهة التوتر والألم والمرض» الذي ظهر عام ١٩٩٠، دمج ممارسات التأمل اليقِظ في برنامجٍ للحد من التوتر، لمساعدة الناس على التعامل مع التوتر والقلق والألم المزمن. اليقظة الذهنية هي خاصيةُ الحضور والانخراط

الكامل في الحاضر. أي: مع كلِّ ما نقوم به أو نختبره حاليًّا؛ متحررين من الإلهاء أو إصدار الأحكام، ومدركين لأفكارنا ومشاعرنا دون أن نعلِّق فيها. يمكن تدريب هذا الوعي اللحظي (اليقظ) من خلال مجموعة متنوِّعة من ممارسات التأمل، والتي تُطَبَّق بعد ذلك على المواقف اليومية. ينصبُّ التركيز على العيش في الحاضر مع قبول تجربتنا الحالية، مهما كانت.

قد يبدو الجمْع بين اليقظة الذهنية وأساليبِ العلاج المعرفي التقليدية أمرًا غيرَ منطقي؛ فكيف يمكنك مجابهةُ أفكارك في العلاج السلوكي المعرفي التقليدي (الموجة الثانية) مع قبولها أيضًا بيقظة ذهنية؟ قد لا تكون قادرًا على فِعل الأمرَين معًا، لكن العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية يرى أنه من المفيد أن تكون لديك هاتان الأداتان في ترسانة الأسلحة الخاصة بك، ثم تختار أيهما تستخدم وفقًا للموقف.

مثل معظم نظريات العلاج السلوكي المعرفي، يعتمد العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية على نظرية أو نموذج نظري؛ نموذج «الأنظمة الفرعية المعرفية المتفاعلة» لمعالجة المعلومات، الذي يرى العقلَ على أنه نتاجُ مكونات متفاعلة. يتلقى كلٌّ من هذه المكونات معلوماتٍ من الحواس وكذلك من المكونات الأخرى للعقل، مما يؤدي إلى إنشاء شبكة تفاعلية يجري من خلالها تنشيط الأنماط المتكررة استجابةً للمثيرات. من المفترض أن أولئك الذين عانَوا دوراتٍ اكتئابية قد «مهَّدوا الطريق» للتفكير والشعور بنمط الاجترار الاكتئابي أكثرَ من أولئك الذين لم يختبروا الاكتئاب؛ ومن ثَمَّ يزيدون من احتمالية تعرُّضهم لمزيدٍ من نوبات الاكتئاب. سُمِّيت الأنماط المتكررة للتفاعل بين المكونات العقلية بـ «أنماط العقل» وتُقارَن بتروس المحرِّك، من ناحيةِ أن كل ترس له وظيفة ويمكن تنشيط تغيير التروس تلقائيًّا أو عن قصد. يشبه تغيير التروس، أو أنماط العقل، توزيعَ الانتباه؛ ومع أن هناك طريقةً تلقائية للرد على موقف معيَّن، إلا أنه يمكن تجاوزه من خلال إعادة المعايرة المتعمَّدة. وكما هو الحال مع السيارة، يمكن للعقل أن يكون في حالةِ تعشيق لترس واحد فقط في كل مرة. يهدف العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، إلى مساعدة الشخص على التعرُّف على ما إذا كان ترسٌ عقلي أو نمط عقل ما غير مفيد، حتى يتمكَّن من اختيار الانسحاب منه والتحوُّل إلى نمطٍ أكثرَ تكيفًا أو فائدة. يُنظر إلى اليقظة الذهنية على أنها نمطٌ لا يتوافق مع نمط الاجترار التقليدي للاكتئاب؛ ولذلك يمكن أن يكون مفيدًا في مساعدة الشخص على الابتعاد عن نمط التفكير الاكتئابي.

عادةً ما يُقدم العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية على أنه برنامجٌ مدته ثمانية أسابيع، يتعلَّم فيه المشاركون ملاحظةَ أفكارهم ومشاعرهم، من خلال الممارسة المتكررة

لإعادة الانتباه عن عمدٍ إلى شيءٍ أو جانب مادي من أنفسهم، مثل تنفُّسهم أو أحاسيسهم الجسدية. يتعلَّم المشاركون كيفيةَ تنمية الوعي التجريبي المباشر والتقبُّل المتجرِّد من إصدار الأحكام لأي شيء يظهر في كل لحظة، بما في ذلك الحالات المزاجية السلبية التي تثير القلق والتفكير السلبي. تُمكِّن تنميةُ الوعي من خلال ممارسة اليقظة الذهنية المشاركين من التعرُّف على وقت إثارة الاستجابات السلبية والاجترارية للأفكار، مما يسهِّل بدوره تطويرَ شعور بالانفصال عن أنماط التفكير هذه، من خلال رؤيتها على أنها أحداث عقلية، وليست انعكاسات مطلَقة للواقع. وعلى النقيض من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، حيث كان التركيز منصبًّا تقليديًّا على تغيير محتوى الأفكار، يركِّز العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، على تعزيز الوعي فوق المعرفي للأفكار، بالإضافة إلى الأحداث العقلية الأخرى، وعلى تعديل العمليات فوق المعرفية التي كانت تحافظ على حالاتٍ عقليةٍ تفاعليةٍ أو اجتراريةٍ غير مفيدة.

طُوِّر العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في الأصل استجابةً لطبيعة الاكتئاب الشديدة الانتشار والانتكاسية على نحوٍ مُزمِن. من المعروف منذ فترة طويلة أنه حتى بعد زوال الاكتئاب، فإن معظم الأشخاص الذين عانَوا نوبة اكتئاب واحدة سيستمرون في التعرُّض لنوبةٍ أخرى منه. وكلما زاد عددُ النوبات التي تعرَّضتَ لها، زاد احتمالُ تعرُّضك لنوبات أخرى، حيث وجدت بعض الدراسات أن ٨٠ في المائة من أولئك الذين عانَوا نوبتَين من الاكتئاب سيظلُّون يتعرَّضون لنوباتٍ أخرى منه. تمثِّل الطبيعة المتكررة للاكتئاب وانتشاره الشديد تحديًا كبيرًا من حيث نطاق العلاج اللازم. وهكذا، طُوِّر العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية باعتباره تدخُّلًا فعَّالًا من حيث التكلفة، وجماعيًّا، ومصمَّمًا لاستهداف العمليات المعرفية (مثل الاجترار والتفاعلية المعرفية المرتفعة) مما يجعل الأفراد المكتئبين عرضةً للانتكاس المتكرِّر وعودة الأعراض. لقد ثبَت أن هذا العلاج يعكس العمليات التي يُفترض أنها تشكِّل أساسَ علم النفس المَرضي الاكتئابي، ويقلِّل خطر الانتكاس على الأقل كما لو كان المريض يواصل تناولَ الأدوية المضادة للاكتئاب. وعلى الرغم من أنه مصمَّم في الأصل للمرضى المصابين باكتئاب في حالة خمود، تشير الدراسات الأولية إلى أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية قد يكون مفيدًا لطائفةٍ واسعة من مشكلات الصحة العقلية، بما في ذلك الاضطراب الثنائي القطب، واضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، ومتلازمة التعب المزمن، والذهان، وكذلك أشكال الاكتئاب المزمنة والمقاومة للعلاج والانتحارية (انظر قسم القراءات

الإضافية للحصول على مراجعات حول كفاءة تدخُّلات العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية).

نظرًا لأن علاجات الموجة الثالثة هي تطوُّر حديث نسبيًّا، فإن قاعدة الأدلة التي تدعَم كفاءتها في مرحلة مبكرة نسبيًّا. ومع ذلك، وجدت مراجعة منهجية واحدة وتحليلٌ بَعدي لستين تجربة عشوائية مضبوطة للعلاج بالقبول والالتزام، تشتمل على ما مجموعه ٤٢٣٤ مشاركًا، أنه على الرغم من أن قاعدة الأدلة الخاصة بالعلاج بالقبول والالتزام لم تترسَّخ بعدُ لأي اضطراب، فمن المحتمل أنه فعَّال مع الألم المزمن وطنين الأذن، وربما يكون فعَّالًا مع الاكتئاب، والأعراض الذهانية، واضطراب الوسواس القهري، والقلق المختلط، وتعاطي المواد المخدرة، والتوتر المرتبط بالعمل. وبالمثل، تضمَّنت مراجعةٌ منهجية وتحليلٌ بَعدي للعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية؛ ستَّ تجارب عشوائية مضبوطة لما يقرُب من ٦٠٠ مريض، ووجدت أن هذا العلاج قلَّل بشكلٍ كبير من خطر الانتكاس إلى الاكتئاب. وبينما أظهرت تجاربُ أولية لكلٍّ من العلاج بالقبول والالتزام والعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية؛ نتائجَ واعدة، هناك حاجة إلى مزيدٍ من التجارب المُحكَمة من الناحية المنهجية، قبل أن يكون بوسعنا أن نكون واثقين من أن أساليب الموجة الثالثة هذه ذات فاعلية مماثلة لفاعلية العلاج السلوكي المعرفي الأكثر تقليدية. هناك مرحلةٌ أخرى لتدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي المستجَدة، مثل العلاج بالقبول والالتزام والعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية وهي تعميمها؛ أي عبور الفجوة بين كونها قيد التطوير، غالبًا في بيئة أكاديمية، واستخدامها على نطاقٍ واسعٍ في الممارسة السريرية الروتينية.

تعميم تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي

يُعَد عبور الفجوة من تجارب الكفاءة إلى الممارسة الروتينية، أو علم التطبيق، تحديًا شائعًا للعديد من التدخُّلات النفسية الجديدة. في بعض النواحي، يمكن اعتبار العلاج السلوكي المعرفي ضحيةً لنجاحه؛ فقد دفعت كفاءته المثبتة في علاج مشكلات الصحة العقلية الشائعة، إلى جانب التحليلات الاقتصادية التي تحدِّد التكاليفَ الباهظة لحالة المرضِ العقلي غيرِ المعالَج، المنظماتِ الحكوميةَ والمهنية إلى دعمِ توفير العلاج السلوكي المعرفي على نطاقٍ واسع لعامة السكان، ليس فقط في المملكة المتحدة، ولكن أيضًا في الولايات المتحدة الأمريكية وأماكنَ أخرى من العالم. ومع ذلك، ومع بعض الدراسات التي

تشير إلى أن ما يصل إلى ٢٠ في المائة من السكان يعانون القلقَ أو الاكتئاب في أي سنة من السنوات، فإن أحدَ أكبر التحديات التي تواجه تطبيقَ العلاج السلوكي المعرفي هو حجم المشكلة (المشكلات) التي يحاول معالجتها. وقد أدَّى هذا التحدي المتمثِّل في زيادة توفير العلاج السلوكي المعرفي، إلى تطوُّره وتكيُّفه على نحوٍ أكبر.

كانت إحدى الاستجابات الأولى والأهم للحاجة المحدَّدة غير الملبَّاة، لمواجهةِ مشكلاتِ الصحة العقلية غيرِ المعالَجة، هي محاولة زيادة أو «توسيع نطاق» توفير العلاج السلوكي المعرفي لعامة الناس. على سبيل المثال، في عام ٢٠٠٨ التزمَت حكومة المملكة المتحدة بمبادرةٍ واسعةِ النطاق لـ «تحسين الحصول على العلاجات النفسية» ضمن خدمة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة. العلاجات النفسية المقدَّمة هي تلك التي هناك أبحاثٌ مهمة تُظهر أنها فعَّالة، وبهذا تُعتَبَر «مستندة إلى أدلة». وفي حين أن العلاج السلوكي المعرفي هو عادةً نموذجُ العلاج المستخدَم، فمن المتوقَّع أن تقدِّم خدمات المبادرة للمرضى إمكانية اختيار أحد التدخُّلات النفسية الأخرى المستندة إلى أدلة، مثل الإرشاد النفسي والعلاج التفاعلي. توسَّعت المبادرة عامًا بعد عام وهي تقدم حاليًّا المساعدةَ لأكثر من ٩٠٠ ألف شخص، يعانون مشكلاتِ الصحةِ العقلية الشائعة كل عام. الهدف هو أن يستوفيَ نصف أولئك الذين عولجوا معاييرَ «الشفاء»؛ أي أن ينتقلوا من تسجيلِ ما يزيد عن القيمة الحدية للتشخيص السريري للحالة، إلى تسجيلِ ما هو أقل من ذلك، بعد العلاج. بالإضافة إلى ذلك، يُعتبر الوضع الوظيفي معيارًا للنتائج؛ ولذلك يُولى الاهتمام بتسهيل العودة إلى العمل. وفي حين أن توفير تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي على هذا النطاق الواسع لا يخلو من التحديات، فقد جرى الوفاء إلى حدٍّ كبير بأهداف التعافي الخاصة بالمبادرة، والعديد من أولئك الذين لا تفي نتائجهم بمعايير التعافي مع ذلك يختبرون تحسنًا كبيرًا.

تستخدم خدمات المبادرة نموذجَ رعاية «متدرجة» أو «متوائمة». وهو ما يعني نظامًا لتقديم العلاج ومراقبته بحيث يُقَدَّم أولًا العلاج الأكثر فاعلية، وفي نفس الوقت الأقل استنزافًا للموارد؛ مع «الارتقاء» فقط إلى خدماتٍ أكثرَ تكثيفًا أو تخصصية حسب الحاجة السريرية. لتبسيط تقديم الخدمة في هذا النموذج، قُسِّمَت تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي إلى تدخُّلات «مرتفعة» و«منخفضة» التكثيف. التدخُّلات المرتفعة التكثيف هي التدخُّلات التقليدية للعلاج السلوكي المعرفي التي نوقشت في هذا الكتاب بأسْره، والتي عادةً ما تكون من اثنتي عشرة إلى عشرين جلسة من العلاج السلوكي المعرفي المدفوع بصياغة الحالة، والتي يقدِّمها معالِج متخصِّص في العلاج السلوكي المعرفي مدرَّب تدريبًا كاملًا لمريض

منفرد. ومع ذلك، يُعَد هذا تدخلًا مستنزِفًا نسبيًّا للموارد؛ لذا فقد جرى التساؤل عما إذا كان يمكن لتدخل العلاج السلوكي المعرفي الأقل استنزافًا للموارد أن يكون فعالًا أيضًا، خاصة لأولئك الذين يعانون مشكلاتٍ خفيفةً إلى متوسطة. لتوفير مثل هذه التدخُّلات، استُحْدِث الدور الجديد لمارس العلاج السلوكي المعرفي المنخفض التكثيف؛ وهو معالِجٌ غير مُدَرَّبٍ تدريبًا كاملًا لتقديم تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي المرتفعة التكثيف، ولكنه مُدَرَّب تحديدًا على تقديم تدخُّلات أقلَّ تكثيفًا لأعدادٍ أكبرَ من المرضى. غالبًا ما يُطلق على هؤلاء الممارسين اسم «ممارسو الرفاهة النفسية» ليعكس دورَهم في التعامل مع مشكلات الصحة العقلية الخفيفة إلى المتوسطة الأكثر شيوعًا.

تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي المنخفضة التكثيف

الهدف الأساسي من تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي المنخفضة التكثيف، لا يختلف عن ذلك الخاص بتدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي المرتفعة التكثيف؛ وهو توظيف العلاجات المعرفية والسلوكية للتخفيف من أعراض الضيق النفسي لدى المريض. الاختلاف هنا هو تكثيف الأساليب المستخدَمة مع فكرةِ أن استخدام نُهجٍ أقلَّ تكثيفًا سيعني أنه يمكن توفير نفس المورد العلاجي لمزيد من المرضى؛ ومن ثَمَّ زيادة توفُّر تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي لأولئك الذين يحتاجون إليها. ويهدف العلاج السلوكي المعرفي المنخفض التكثيف أيضًا، إلى زيادة إمكانية الوصول إلى العلاج السلوكي المعرفي، عن طريق تقليل أو إزالة الحواجز التي تحول دون الوصول إلى التدخُّلات. من وسائل إزالة تلك الحواجز، على سبيل المثال، عدمُ مطالبة المرضى بحضور الجلسات وجهًا لوجه. بدلًا من ذلك، يمكن تقديم التدخُّلات عَبْر الهاتف أو عَبْر الكمبيوتر. هناك العديد من النسخ المختلفة من العلاج السلوكي المعرفي المحوسب، بدءًا من برامج الكمبيوتر التي تدرِّبك على استخلاص تفسيراتٍ أكثرَ إيجابية لسيناريوهات غامضة؛ ومن ثَمَّ تسهيل تطوير تحيزات تفكير أكثرَ إيجابية إلى البرامج التعليمية القائمة على المساعدة الذاتية، التي توضِّح وتحاول تعليمَ مهارات العلاج السلوكي المعرفي الأساسية، مثل مراقبة الحالة المزاجية ومواجهة الأفكار. في الواقع، يمكن أيضًا تقديمُ العلاج السلوكي المعرفي الفردي التقليدي عَبْر جهاز كمبيوتر، وهو مفيدٌ للمرضى خاصَّة الذين قد يجدون صعوبةً في حضور الجلسات وجهًا لوجه (على سبيل المثال، القاطنون في أماكنَ بعيدة جغرافيًّا؛ أو ذوو الإعاقة) أو في المواقف التي

يتعيَّن فيها أن يكون التواصل وجهًا لوجه محدودًا (على سبيل المثال، كما كان الحال أثناء جائحة كوفيد-١٩). ثمَّة تعديل مختلف لا يقلِّل بالضرورة من وقت المعالِج، ولكنه قد يزيد من إمكانية الوصول إلى العلاج، وهو توفير تدخُّلات مكثفة من العلاج السلوكي المعرفي. على سبيل المثال، ثَبَت أن العلاجَ السلوكي المعرفي لمرض الرُّهاب الذي يُجرى على مدار يوم واحد؛ فعَّال بنفس القَدْر مثل العلاج السلوكي المعرفي الذي يُجرى على مدار عدة جلسات أسبوعية أقصر. وبالمثل، أظهر العديد من الدراسات أن اثنتي عشرة إلى عشرين ساعة من العلاج السلوكي المعرفي الذي يجري تقديمه في أسبوع واحد لا يقل فاعلية عن الجلسات التي تُقدم على فترات أسبوعية. هذه التغييرات في بروتوكول تقديم العلاج القياسي مفيدةٌ للمرضى، الذين قد لا يكونون قادرين على حضور اثنتي عشرة إلى عشرين جلسة أسبوعية، ولكن يمكنهم الحضور كلَّ يومٍ لمدة أسبوعٍ واحد (على سبيل المثال؛ لأن قيود العمل أو السفر تجعل الجلسات الأسبوعية على مدى فترة أطول غير عملية).

هناك طريقةٌ أخرى يمكن من خلالها زيادةُ إمكانية الوصول إلى العلاج؛ وهي استخدام تكثيف أقل لمورد المعالِج، لعدد أكبر من المرضى. يمكن فِعل ذلك من خلال توفير تدخُّلات أكثرَ إيجازًا؛ إما جلسات أقل أو أقصر؛ أو عن طريق زيادة نسبة المرضى إلى المعالِج؛ كما هو الحال في العلاج الجماعي. غالبًا ما تُدَعَّم التدخُّلات الأقل تكثيفًا من خلال زيادة استخدام المواد المكتوبة، وأساليب المساعدة الذاتية مثل المراقبة الذاتية وأوراق العمل. قد تتضمَّن بعض التدخُّلات أيضًا عروضَ فيديو لقضايا محدَّدة أو عروضَ مهارات معينة. في نموذج التكثيف المنخفض، غالبًا ما يكون دَور المعالج أقربَ إلى دَور المعلم أو المُيَسِّر الذي يتمثل دوره في توجيه المساعدة الذاتية للمريض، أو تنمية المهارات الخاصة به، مع تركيزٍ أقلَّ نسبيًّا على العلاقة العلاجية.

المساعدة الذاتية هي واحدة من أقل تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي تكثيفًا. الهدف الأساسي هنا هو أن يستخدم المريض موادَّ مساعَدة ذاتية ليُعَلِّم نفسه مهارات العلاج السلوكي المعرفي، مع القليل من مُدخَلات المعالِج أو من دونها. المساعدة الذاتية الخالصة تكون حين لا توجد فيها مُدْخَلات للمعالِج، بينما المساعدة الذاتية الموجَّهة تكون حين يتوفَّر مستوًى معيَّن من دعم المعالج. مثال ذلك الاجتماعات القصيرة أو المكالمات الهاتفية للتحقُّق من فَهْم المواد العلاجية المقروءة، وحل أيِّ صعوباتٍ في استخدام الأساليب. ولتقليل الحواجز التي تحول دون الوصول إلى العلاج، يمكن لاختصاصيٍّ صحيٍّ أن يصف الموادَّ العلاجية المقروءة، والمعروفة أيضًا باسم العلاج الكتابي، بحيث تكون مجانية عند

نقطة الاتصال للمريض. تتمثَّل إحدى أكبر مزايا أساليب المساعَدة الذاتية في فعاليتها من حيث التكلفة وإمكانية الوصول إليها؛ فلا داعيَ لحضور جلسات ويمكن إجراؤها في الوقت المناسب للمريض، متى كان ذلك ملائمًا. وقد تجذب أيضًا الأشخاصَ الذين لا يريدون وصمةَ العار التي قد تترتَّب على الوصول رسميًّا إلى خدمات الصحة العقلية؛ وتتمتَّع بميزة كونها تحت سيطرة المريض، وتعزِّز الحرية والاستقلالية. الأدلة على قيمة نُسَخ العلاج السلوكي المعرفي بالمساعدة الذاتية مختلِطة، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن بعض مدخلات المعالِج قد تكون ضرورية، لكي تكون المساعدةُ الذاتية فعَّالة. وهناك قيود؛ فلاستخدام العلاج الكتابي، يجب أن يكون الفرد متعلمًا ولديه دوافعُ ذاتية، مما يجعل من غير المحتمل أن يكون العلاج الكتابي كافيًا لتلبية احتياجات أولئك الذين يعانون صعوباتٍ مزمنةً وشديدة ومعقَّدة أكثر. كما طُوِّرَت نسخٌ محوسبة من العلاج السلوكي المعرفي بالمساعدة الذاتية مثل «فيرفايتر» (Fearfighter) للقلق و«بيتينج ذا بلوز» (Beating the Blues) للاكتئاب. مرة أخرى، الأدلة على فعالية العلاج السلوكي المعرفي بالمساعدة الذاتية مختلطة، لكن كان من الجيد أن يُوصى به من قِبل المعهد الوطني للتميُّز السريري في المملكة المتحدة.

يمكن أن تكون العلاجات الجماعية أيَّ شيء، من معالِج واحد يقدِّم ورشةَ عمل للتحكم في التوتر لمئات الأشخاص إلى مجموعاتٍ علاجيةٍ أصغرَ تركِّز على مشكلات محدَّدة، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال. النمط التعليمي المنظَّم للعلاج السلوكي المعرفي مناسبٌ للبيئات الجماعية لاستخدامه لعناصر مثل إعداد جدول الأعمال، وتعلُّم المهارات (على سبيل المثال، جدولة الأنشطة أو التصدي للأفكار)، واستخدام مهام الواجبات المنزلية والتقييم. بالإضافة إلى تزايد درجة الكفاءة في استخدام وقت المعالِج، فإن تقديمَ العلاج السلوكي المعرفي في بيئةٍ جماعيةٍ له مزايا أخرى أيضًا. عادةً ما يكون أعضاء المجموعة داعمين لبعضهم، وحقيقة أن المجموعة تتكوَّن من مرضى يعانون مشكلاتٍ متشابهةً هي علاج في حدِّ ذاته؛ فهي تجعل المشاركين يدركون أنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون هذه المشكلة، مما يجعلها تبدو أمرًا طبيعيًّا، ويحتمل أن يقلِّل هذا من الشعور بالخزي. قد يكون أعضاء المجموعة أيضًا مصادرَ مفيدةً للمعلومات فيما بينهم، حيث يمكنهم مشاركةُ ليس فقط تجاربهم، ولكن أيضًا تفاصيل استراتيجيات التأقلم والموارد التي وجدوها مفيدة. يمكن أن يكون أعضاء المجموعة أيضًا مساعدين مفيدين عند إجراء تجارب سلوكية (على سبيل المثال، إجراء مسح لمواقف الأشخاص) أو مهام علاجية أخرى، يلزم فيها وجود

مساعد. تتشابه تحديات تقديم العلاج السلوكي المعرفي الجماعي مع تلك الموجودة عند توفير أيِّ تدخُّلٍ جماعيٍّ علاجي. هناك فرصةٌ أقلُّ لتكييف التدخُّل مع الظروف الفردية للشخص ومعتقَداته أو سلوكياته الفردية؛ ومن طرقِ التغلُّب على هذا أن يكون للمشاركين في المجموعة صياغاتُ حالةٍ فردية. علاوة على ذلك، يجب التحكم في ديناميكيات المجموعة، حيث يوجد احتمال أن يكون لأعضاء المجموعة تأثيراتٌ غير مفيدة بعضهم على بعض؛ مثال ذلك عندما يفرض أحدُ الأعضاء سيطرته أو ينتقد الآخرين، أو عندما يكافح أعضاء المجموعة للتواصل بشكلٍ مفيد فيما بينهم. قد يجد بعض الأفراد، على سبيل المثال، أولئك الذين يعانون قلقًا اجتماعيًّا كبيرًا، أن إطار البيئة الجماعية ينطوي على تحدياتٍ خاصة، أو قد يجدون البيئة الجماعية مقيدةً عندما يتعلَّق الأمر بالكشف عن معلوماتٍ شخصية. غالبًا ما تُقَدَّم التدخُّلات الجماعية من قِبل اثنين من المعالجين؛ لمواجهة التحديات الإضافية الخاصة بالتحكُّم في ديناميكيات المجموعة، ولتكييف التدخُّل وفقًا لاحتياجات الأفراد، مع تقديم المحتوى المخطَّط للجلسات. من حيث النتائج، تختلف الأدلةُ على كفاءة تدخُّل العلاج السلوكي المعرفي الجماعي عَبْر أنواعٍ مختلفةٍ من المشكلات والمرضى. فيما يتعلَّق بما إذا كانت فعَّالة من حيث التكلفة، يجب أن نتذكَّر أن الجلسات الجماعية عادةً ما تكون أطولَ من الجلسة التقليدية، التي تستغرق ساعة واحدة؛ وغالبًا ما يكون بها أكثرُ من معالج؛ وقد تستلزم المزيد من التحضير من المعالج والمزيد من وقت المراجعة. كما يمكن أن تكون معدَّلات التسرُّب كبيرة. ومع أن التقارير تفيد بوجود نتائج علاجية إيجابية، يمكن أن يكون قَدْر التأثير أقل، وكان ثمة شكوكٌ حول ما إذا كان العلاج الفردي أكثرَ ملاءمة للأشخاص الذين يعانون أعراضًا أكثرَ تعقيدًا أو شدة.

تُعَد المساعدة الذاتية والتدخُّلات الجماعية جزءًا لا يتجزَّأ من نماذج الرعاية المتدرِّجة، حيث يُقدَّم التدخُّل الأقل تكثيفًا أولًا للمريض، ولا يُقدم تدخُّل أعلى تكثيفًا إلا إذا لم يكن التدخُّل الأقل تكثيفًا كافيًا لحل الصعوبات التي يواجهها. ومع أن لهذا فوائدَ واضحة من ناحية الموارد في كونه استخدامًا فعالًا للخدمات، فإنه ينطوي على مجازفة أنه قبل أن يحصل شخصٌ ما على النسخة الأكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي، عليه أن يفشل في العديد من النسخ الأقل تكثيفًا، مما يؤدي إلى المخاطرة بالتخلِّي عن الأسلوب قبل أن يكون لديه الفرصة الأفضل للاستفادة منه. ومن ثَم انتقلت الخدمات نحو نماذج «الرعاية المتوائمة»؛ حيث يهدف المعالج الذي يُجري التقييم الأولي إلى تحديد مستوى التدخُّل الذي

من المرجَّح أن يكون أفضلَ مواءمةً لمريض معيَّن. هذا يعني أنه، إذا لزم الأمر، سيبدأ عملية العلاج عند «مستوى» أعلى مما كان سيفعل مع النظام السابق.

ملاحظات ختامية

سعى هذا الكتاب إلى تقديمِ لمحة عامة عن ماهية العلاج السلوكي المعرفي، وما يفعله، وكيف يفعله، ولِمَنْ، وفي أي سياقات. تتمثَّل إحدى النقاط الرئيسية في هذا الإطار في أن هذا العلاج ليس علاجًا يعتمد على نهجٍ واحدٍ يناسب الجميع، وإنما يشمل طيفًا واسعًا من النُّهج المعرفية والسلوكية التي استمرت في التطور. وبينما ركَّزت التدخُّلات المبكرة على تعديل السلوك الذي يمكن ملاحظته، تطوَّر العلاج السلوكي المعرفي وصار يولي مزيدًا من التركيز على الأفكار والعمليات المعرفية الأخرى. في الآونة الأخيرة، نقلتْ نُهج الموجة الثالثة التركيزَ بعيدًا عن محتوى الأفكار إلى علاقة الفرد بأفكاره، والعمليات الكامنة وراء التفكير. كانت إحدى القوى الدافعة وراء تطوُّر هذا العلاج ونجاحه هي روابطه الوثيقة بالبحوث التجريبية. وهو يرحِّب بالتقييم العلمي داخل الجلسة وخارجها، حيث يُقَيِّم المعالجون تأثير المناورات العلاجية الفردية، وكذلك التأثير الكلي لتدخلات هذا العلاج مقارنةً بالعلاجات الأخرى.

على الرغم من الشعبية الكبيرة التي اكتسبها العلاج السلوكي المعرفي في السنوات الأخيرة، فلا بد أن يواصل التطور لمواجهة التحديات المستمرة والجديدة. يدعو حجم مشكلات الصحة العقلية والتكلفة العالية للعلاج التقليدي، لحدوث تطورات في الأساليب الأقل تكثيفًا التي يمكن أن تصل إلى جماهيرَ أوسع. وبالمثل، فإن حجم تدريب الأشخاص اللازمين لتنفيذ التدخُّلات قد شكَّل تحديًا، حيث أصبح البحث عن أكثر الطرق فعالية وكفاءة لتدريب المعالجين ومراقبة كفاءتهم مجالًا آخر للتطوير المستقبلي. يرتبط بهذا تحديدُ الكيفية التي يجب أن تكون عليها تدخُّلات العلاج السلوكي المعرفي الفردية، مع كون الوضع المثالي هو التدخُّل الذي يعالج ما هو شائع بين معظم المرضى الذين يعانون هذا الاضطراب، دون إهمالِ ما يختصُّ بفردٍ معيَّن. هناك مجالٌ آخر مثير للاهتمام وهو استقصاء كيفية تفاعل العلاج السلوكي المعرفي مع الأدوية النفسية. لا تزال هناك تساؤلاتٌ بشأنِ أكثر مزيجٍ فعالٍ من العلاج السلوكي المعرفي والأدوية، لعلاج القلق والاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، أشارَت الأبحاث الحديثة إلى أنه قد يكون هناك دورٌ للتدخلات

المعزَّزة دوائيًّا؛ أي الجمع بين الأدوية (التي تستهدف أنظمةً كيميائية عصبية معينة) وتدخُّلات معينة من العلاج السلوكي المعرفي (مثل التعرض)، لتعزيز آثارها في تقليل القلق. تتناسب الطبيعة التجريبية للعلاج السلوكي المعرفي مع توليد البيانات حول فائدة مثل هذه الأساليب، وعند الاقتضاء، دمجها في النُّسخ المستقبلية من العلاج السلوكي المعرفي. يجب أيضًا أن نتذكَّر أن العلاج السلوكي المعرفي ليس العلاج النفسي الوحيد المدعوم بأدلةٍ بحثية، وأننا لا نعرف سوى القليل جدًّا عن المكونات الفعالة لأي تدخُّل نفسي، أو أي من التدخُّلات تناسب أيَّ أنواع من الأشخاص أو المشكلات على أفضلِ نحو.

قراءات إضافية

الفصل الأول: الأصول السلوكية للعلاج السلوكي المعرفي

Burns, T., and Burns-Lundgren, E. (2015). *Psychotherapy: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Fryer R. (2011). Financial incentives and student achievement: Evidence from randomized trials. *Quarterly Journal of Economics, b126*, 1755–98.

Giles, T. R. (ed.). (1993). Plenum behavior therapy series. *Handbook of Effective Psychotherapy*. London: Plenum Press.

Price, M., Anderson, P., and Rothbaum, B. O. (2008). Virtual reality as treatment for fear of flying: A review of recent research. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 309–15.

Thorndike, E. (2017). *Animal Intelligence: Experimental Studies* London: Taylor & Frances.

الفصل الثاني: الجانب «المعرفي» في العلاج السلوكي المعرفي

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Ellis, A. (2004). *Rational Emotive Behavior Therapy: It Works for Me—It Can Work for You*. Amherst, NY: Prometheus Books.

الفصل الثالث: النظرية وراء العلاج السلوكي المعرفي

Kennerley, Kirk J., and Westbrook, D. (2016). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications.* London: Sage.

Myles, P., and Shafran, R. (2015). *The CBT Handbook: A Comprehensive Guide to Using Cognitive Behavioural Therapy to Overcome Depression, Anxiety and Anger.* London: Robinson.

Tarrier, N., and Johnson, J. (2016). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases.* London: Routledge.

الفصل الرابع: سِمات العلاج السلوكي المعرفي وهيكله

Beck, J. S., and Beck, A. T. (2021). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.

https://www.padesky.com/clinical-corner/publications/

https://uk.cochrane.org/about-us

https://www.nice.org.uk/guidance

الفصل الخامس: أساليب العلاج السلوكي المعرفي

Bennett-Levy, J., et al. (2010). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Greenberger, D., and Padesky, C. A. (2016). *Mind over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Kennerly, H. (2020). *The ABC of CBT*. London: Sage.

McMillan, D., and Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clinical Psycholology Review, 30(5)*, 467–78.

Padesky, C. A., and Greenberger, D. (1995). *Clinicians Guide to Mind over Mood*. New York: Guilford Press.

https://www.padesky.com/clinical-corner/

الفصل السادس: تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي

Freeman, J., and Freeman, D. (2012). *Anxiety: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Freeman, D., and Freeman, J. (2020). *Paranoia: The Twenty-first Century Fear*. Oxford: Oxford University Press.

Freeman, D., Freeman, J., and Garety, P. A. (2016). *Overcoming Paranoid and Suspicious Thoughts: A Self-help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Robinson.

Jahoda, A., Kroese, B. S., and Pert, C. (2017). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Intellectual Disabilities: Thinking Creatively*. London: Palgrave Macmillan.

Rollnick, S., and Miller, W. R. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: Guilford Press.

Simos, G., and Hofmann, S. G. (2013). *CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Steel, C. (2013). *CBT for Schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons.

Steketee, G., and Frost, R. O. (2007). *Compulsive Hoarding and Acquiring: Therapist Guide*. Oxford: Oxford University Press.

White, D., Wright, M., Baber, B., and Barrera, A. (2018). A pilot study evaluating the effectiveness of a medicines education group in a mental health inpatient setting: A UK perspective. *Mental Health Clinic, 7*, 116–23.

Worrell, M. (2015). *Cognitive Behavioural Couple Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.

الفصل السابع: الاتجاهات والتحديات المستقبلية

Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Griffiths, D. K., Klein, B., Proudfoot, J., and Ritterband, L. (2014). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.

Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: Achievements and challenges. *Evidence Based Mental Health, 11*, 5–7.

Hayes, S. C. (2020). *A Liberated Mind: How to Pivot toward What Matters*. xy2: Avery (imprint of Penguin Random House LLC).

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., and Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169–83.

Kabat-Zinn, Jon. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.* New York: Bantam Books.

Layard, R., and CEP Mental Health Policy Group. (2006). The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. CEP Special Papers 15, Centre for Economic Performance, LSE.

Mueller, M., Kennerley, H., McManus, F., and Westbrook, D. (2010) *Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist*. Oxford: Oxford University Press.

Rumi (2004). *Selected Poems*, trans. Coleman Barks with John Moynce, A. J. Arberry, and Reynold Nicholson. London: Penguin Books.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., and Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status, pp. 45–65. In S. C. Hayes, V. M. Follette, and M. M. Linehan (eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.

Teasdale, J. D., and Barnard, P. J. (1993). *Essays in Cognitive Psychology. Affect, Cognition, and Change: Re-Modelling Depressive Thought*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Warnock-Parkes, E., Wild, J., Thew, G., et al. (2020). Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist, 13*, E30.

Wild, J., Warnock-Parkes, E., Murray, H., Kerr, A., Thew, G., Grey, N., Clark, D. M., and Ehlers, A. (2020). Treating posttraumatic stress disorder remotely with cognitive therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 11*, 1–15.

Williams, M, and Penman, D. (2011). *Mindfulness. A Practical Guide to Finding Peace in a Frantic World*. Emmaus, PA: Rodale Books.

المراجع

الفصل الأول: الأصول السلوكية للعلاج السلوكي المعرفي

Aristotle (2009). *The Nicomachean Ethics*, trans. W. D. Ross, ed. L. Brown. Oxford: Oxford University Press.

Goethe, J. (1989). *Wilhelm Meister's Apprenticeship*, trans. E. A. Blackall in cooperation with Victor Lange. New York: Suhrkamp Publishers.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) n.d. Guidelines. https://www.nice.org.uk.

Storr, A. (2001). *Freud: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Watson, J. B., and Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3*, 1–14.

Cover Jones, Mary (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary, 31*, 308–15.

Wolpe, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy*. London: Pergamon Press.

Tortella-Feliu, M., Bornas, X., and Llabrés, J. (2008). Computer-assisted exposure treatment for flight phobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 158–71.

Öst, Lars-Göran (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 1–7.

Skinner, B. F. (1938) *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century.

Thorndike, E. L. (1927). The Law of Effect. *The American Journal of Psychology, 39*, 212–22.

Deci, E. L., Koestner, R., and Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin, 125*, 627–68; discussion 692–700.

Fryer, R. (2011). Financial incentives and student achievement: Evidence from randomized trials. *Quarterly Journal of Economics, 126*, 1755–98.

الفصل الثاني: الجانب «المعرفي» في العلاج السلوكي المعرفي

Köhler, W., and Winter, E. (1976). *The Mentality of Apes.* London: Routledge/Liveright Publishing Corporation.

Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review, 55*, 189.

Bandura, A. (1977). Self-ecacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215.

Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology, 13*, 38–44.

Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology, 32*, 145–68.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561–71.

الفصل الثالث: النظرية وراء العلاج السلوكي المعرفي

Shakespeare, William (1564–1616 author) (1954). *The Tragedy of Hamlet, Prince of Denmark*. London: The Folio Society.

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York: Meridian.

Schwartz, B. (1986). *Diets Don't Work*. London: Columbus Books.

Alden, L. E., and Wallace, T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behavior,Research and Therapy, 33*, 497–505.

الفصل الرابع: سِمات العلاج السلوكي المعرفي وهيكله

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21(2)*, 95–103.

Burns, T., and Burns-Lundgren, E. (2015). *Psychotherapy: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., and L'Abate, L (eds.) (2005). *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Routledge.

Kennerley, H., Kirk, J., and Westbrook, D. (2016). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications.* London: Sage.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., and Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16(9)*, 606–13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

الفصل الخامس: أساليب العلاج السلوكي المعرفي

Gilbert, E. (2006). *Eat, Pray Love*. London: Bloomsbury.

Moore, M. T., and Fresco, D. M. (2012). Depressive realism: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32(6)*, 496–509.

Schlup, L., and Whisenhunt, D. (eds.) (2001). *It Seems to Me: Selected Letters of Eleanor Roosevelt*. Lexington, KY: University Press of Kentucky.

Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Keynote address to European Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, London, 24 September.

Confucius. *The Analects of Confucius: A Philosophical Translation*. New York: Ballantine Books, 1999.

Chadwick, P., Birchwood, M., and Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices, and Paranoia.* Chichester: Wiley, p. 37.

Kennerley, H., Kirk, J., and Westbrook, D. (2016). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications.* London: Sage.

Twain, M. (1996). *Tom Sawyer Abroad*. New York: Oxford University Press.

Engelkamp, J. (1998). *Memory for Actions*. Hove: Psychology Press, p. 139.

Eysenck, H. (1993). Forty years on: The outcome problem in psychotherapy revisited, pp. 3–22. In Thomas R. Giles (ed.), *Handbook of Eifective Psychotherapy*. New York: Springer US.

الفصل السادس: تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي

Clark, D. M. (1986) A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461–70.

Clark, D. M. (1993). Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 15*, 75–84.

Clark, D. M. (2004). Developing new treatments: On the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1089–104.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., and Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 583–9.

Ehlers, A., and Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–45.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: APA.

Ehlers, A., and Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 371–82.

Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., Clark, D. M., and Ehlers, A. (2008). Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 36*, 509–20.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., and Gelder, M. G. (1996). Cognition- behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 453–8.

Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive behaviour therapy progresses through a multi-dimen-sional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 3–9.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., et al. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455–75.

Moorey, S., and Greer, S. (2011). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer* (2nd ed.). Oxford: OUP.

Miller, W. R., and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., and Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 79–82.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., … Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311–19.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., and Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy, 51*, R2–8.

Freeman, D., Bradley, J., Antley, A., et al. (2016). Virtual reality in the treatment of persecutory delusions: Randomised controlled experimental study testing how to reduce delusional conviction. *British Journal of Psychiatry, 211*, 5.

Beck, R., and Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 63–74.

Novaco, R. (1975). *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment.* Lexington, MA: D. C. Heath.

الفصل السابع: الاتجاهات والتحديات المستقبلية

Longmore, R. J., and Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173–87, at 173.

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., and Hollon, S. D. (2019). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 29*, 15–29, at 15.

Hayes, S., and Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger publications.

Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105–21.

Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., and Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion, 10*, 34–42.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966–78.

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., et al. (2015). The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: Results of a randomised controlled trial (the PREVENT study). *Health Technology Assessment, 19*, 1–124.

Piet, J., and Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 1032–40.

Raes F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., and Williams, J. M. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 623–7.

Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., et al. (2010) Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry, 67*, 1256–64.

Teasdale J. D., Segal Z., and Williams J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25–39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., and Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615–23.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: APA.

Davis, I., Thompson, E., Ollendick, T., and Öst, L. G. (2012). *Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias.* New York: Springer-Verlag.

Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., et al. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry, 171*, 294–304.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304.

National Institute for Health and Care Excellence. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. 2006. https://www.nice.org.uk/guidance/TA97 (accessed 12 October 2016).

قائمة الصور

(1–1) Diagram to show classical conditioning.
(2–1) Chimpanzees problem solving to access a banana.
(2–2) ABC Model (functional analysis).
(2–3) Beck's cognitive triad of depression.
(3–1) Characteristics of the different 'levels' of cognition.
(3–2) Generic CBT model 29 Adapted from Kennerley, Kirk and Westbrook (2016).
(3–3) Vicious cycle showing how rejection might be responded to.
(3–4) Diagrammatic formulation of Neil's difficulties.
(3–5) Hot cross bun style of formulation.
(3–6) Problems with hot cross bun formulation of Neil's difficulties.
(3–7) Short–term reinforcement cycle.
(3–8) How avoidance maintains fear.
(3–9) Fear of fear as a maintaining cycle.
(3–10) Reduced activity and rewards maintain low mood.
(3–11) Self–criticism maintains low mood.
(3–12) Maintaining cycle of performance anxiety.
(3–13) Self–fulfilling prophecy maintaining cycle.
(4–1) Typical activities across a course of CBT sessions.

(4–2) The iterative nature of assessment, formulation, and treatment in CBT.

(5–1) The role of interpretation.

(5–2) Example of downward arrow technique.

(5–3) Standard seven–column thought record.

(5–4) Completed thought record for a patient with panic disorder.

(5–5) Record sheet for behavioural experiments.

(6–1) The process of evidence–based practice. Adapted from Salkovskis (2002); Clark (2004).

(6–2) Clark’s cognitive model of panic disorder.

(6–3) Revised cognitive model of panic disorder.

(6–4) CBT model of PTSD 90 Based on Ehlers and Clark’s (2000) model.

(7–1) Emotional avoidance detour.

قائمة الجداول

(1–1) Types of punishment and reinforcement.

(1–2) Schedules of reinforcement.

(5–1) Typical themes associated with different emotional states.

(5–2) Typical themes associated with disorders.

(5–3) Factors influencing the choice of which thought to challenge.

(5–4) Characteristic thinking styles that may have a role in maintaining emotional distress.

(5–5) Shifting perspectives to find alternatives.


هنداوي